

Editöre Mektup

Letter to the Editor

Antegrad beyin perfüzyonu sırasında innominate ve sol karotis arterlerin balon kateterle kapatılması

Occlusion of the innominate and left common carotid arteries with balloon catheter during antegrade brain perfusion

Mehmet Ateş

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Sayın Editör,

Derginizde Ocak 2006 yılında yayınlanan "Stanford tip A aort diseksiyonlarında aksiller arter kanülasyonu" başlıklı Sayın Emrecan ve ark. tarafından yazılan makale^[1] için yazarları öncelikle kutlarım, konu ile ilgili birkaç satır eklemek istiyorum.

Yazarların da makalelerinde belirtmiş olduğu gibi, aksiller arter kanülasyonu ile antegrad beyin perfüzyonu tüm dünyada kabul gören ve kullanımı giderek artan beyin koruma yöntemlerindedir.^[2] Biz de kliniğimizde yan greft kullanarak aksiller arteriyel kanülasyonu sağlıyoruz. Makalede innominate arter ve sol karotis arterin klemplenmesi ile antegrad beyin perfüzyonu yapıldığı anlatılmıştır. Biz uygulamamızda bu arterlere hiç klemp koymadan, derin arreste başladıktan sonra bu arterlerin içine elle balonu şişirilebilen retrograd kardiyopleji için de kullandığımız kateterleri yerleştiriyoruz, distal anastomoz bitimine 1-2 dikiş kalınca çıkarıyoruz. Böylece, hem bu arterlere kros-klemp konmamış oluyor, hem de kros klempin verebileceği zararlardan korunmuş oluyoruz.^[3]

Yazıda bildirilen mortalitelerden kardiyak nedenli olanlar kanamaya mı, yoksa miyokardiyal faktörlere mi bağlıdır, bu belirtilmelidir. Aort cerrahisinde dikiş teknikleri arasında fark olmasa da, her cerrah güvendiği dikiş tekniğini uygulamaktadır. Biz de uyguladığımız ara-

lıklı pledgitli dikiş tekniği ile kanama sorunuyla karşılaşmadık.^[4]

Makalede yaklaşık %50 oranında Bentall ve Cabrol ameliyatları uygulandığı belirtilmektedir. Biküspid ve romatizmal aort kapak hastalığı dışındaki olgularda aortik resüspanسیون uygulayıp hasta aort kapak replasmanı (AKR) riskinden kurtarılabilir miydi? Son makalelerde AKR yapılma oranları %10-20 arasında verilmektedir. Biz de uygulamamızda, hastada biküspid aort veya romatizmal aort kapak hastalığı yoksa, aort kapagını koruyarak resüspanسیون dikişleri ile hastayı AKR riskinden korumaya çalışıyoruz.^[5]

Yazarları bu serilerinden dolayı tekrar kutlarım.

KAYNAKLAR

1. Emrecan B, Yılık L, Özsoyler İ, Lafcı B, Kestelli M, Gökdoğan T ve ark. Stanford tip A aort diseksiyonlarında aksiller arter kanülasyonu. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2006; 14:3-8.
2. Schachner T, Vertacnik K, Laufer G, Bonatti J. Axillary artery cannulation in surgery of the ascending aorta and the aortic arch. Eur J Cardiothorac Surg 2002;22:445-7.
3. Ates M, Gullu AU. Which is more appropriate for right axillary artery cannulation in acute type A aortic dissection-directly or with graft? Eur J Cardiothorac Surg 2006;30:815-6.
4. Ates M. Which suture technique is better in acute type A aortic dissection? Eur J Cardiothorac Surg 2006;30:199.
5. Elefteriades JA. What operation for acute type A dissection? J Thorac Cardiovasc Surg 2002;123:201-3.

İletişim adresi: Dr. Mehmet Ateş, Merdivenköy Mah., Şairarşi Cad., Eminönü/Arpaşa Sok., No: 6/24 Göztepe, İstanbul.
Tel: 0216 - 360 02 72 e-posta: drmates@yahoo.com

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Derginizin 2006 yılı Ocak sayısında yayınlanan "Stanford tip A aort diseksiyonlarında aksiller arter kanülasyonu" başlıklı yazımızla^[1] ilgili olarak yapılan katkı ve eleştiriler için okurlara teşekkürlerimi bildirmek istiyorum.

Bu yazıda belirtilen kardiyak nedenli mortaliteler, düşük kardiyak debiden kaynaklanmıştır. Kontrol edilemeyen drenaj nedeniyle hastalardan hiçbiri kaybedilmemiştir. Serimizde preoperatif eko-kardiyografi ve perioperatif kapak anatomisinin ve annulusun değerlendirilmesiyle kapak müdahalesine karar verilmiştir. Ancak, kapak koruyucu cerrahi ile ilgili görüşe katılmıyorum. Aort kapak koruyucu cerrahinin, hastanın uzun dönemde kapak replasmanının getirdiği riskleri ortadan kaldırması bakımından önemli olduğu açıktır. Kapak

korumaya yönelik endikasyon sınırları her geçen gün genişlemekte, hatta biküspid aort varlığında bile kapak değiştirme endikasyonu olmadığı bildirilmektedir.^[2] Bu nedenle, kapak tamiriyle ilgili cerrahi birikimin artmasıyla birlikte kapak koruyucu cerrahi uygulamaları da artacaktır.

Innominate arter ve sol karotis arterlere hiç klemp koymadan, derin arreste başladıktan sonra bu arterlerin içinde balon şişirilmesi ile yapılan karotis perfüzyon basıncını artırmaya yönelik uygulama da oldukça etkili bir yöntemdir. Bu şekildeki bir uygulama cerrahın tercihine bağlı olarak seçilebilir. Hatta, bu oklüzyon kateterinin perfüzyon hattı içerene ile sol karotis arterin selektif perfüzyonu bile sağlanabilir. Bunların yanında, sol subklavian arter de oklüde edilerek sol vertebral arter perfüzyon basıncı da artırılabilir. Klemp konulmasının beraberinde getirdiği riskler olmakla birlikte, aort diseksiyonlu hastalarda aort dal arterlerinin aterosklerozdan çoğunlukla uzak olması bu risklerin daha az olması anlamına da gelmektedir. Balon şişirerek oklüzyonun da, aşırı şişirmeye bağlı endotel hasarı oluşurma, lümen içi patoloji varsa bunların travmatize edilmesi ve migrasyonu, balo-

nun ameliyat sırasında migrasyonu gibi riskleri vardır. Ancak, cerrahi teknikteki modifikasyonlar ne olursa olsun, aksiller arter kanülasyonunun aort diseksiyonunda üstünlüğü kanıtlanmıştır. Yine, bizim de uygulamakta olduğumuz yan greft kanülasyonu ise direk kanülasyona göre az da olsa avantajlı görünmektedir.^[3]

Saygılarımla,

Dr. Bilgin Emrecan

KAYNAKLAR

1. Emrecan B, Yılık L, Özsoyler İ, Lafci B, Kestelli M, Gökdoğan T ve ark. Stanford tip A aort diseksiyonlarında aksiller arter kanülasyonu. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2006; 14:3-8.
2. Schafers HJ, Aicher D, Langer F, Lausberg HF. Preservation of the bicuspid aortic valve. Ann Thorac Surg. 2007;83:S740-5.
3. Yılık L, Emrecan B, Kestelli M, Ozsoyler I, Lafci B, Yakut N, et al. Direct versus side-graft cannulation of the right axillary artery for antegrade cerebral perfusion. Tex Heart Inst J 2006;33:310-5.

İletişim adresi: Dr. Bilgin Emrecan. Yunusemre Mah., 6440 Sok., No: 7/3, 20070 Kınıklı, Denizli.
Tel: 0258 - 212 88 37 e-posta: bilginemrecan@yahoo.com