



18. Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği Ulusal Kongresi

21-24 Kasım 2024 / Antalya, Türkiye

POSTER BİLDİRİLER

Doktor Bildirileri - Aort (Abdominal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-001]

Rektal kanama ile başvuran nadir bir olgu: İyatrojenik transkolonik greft malpozisyonu

Görkem Yiğit, Ayla Ece Çelikten, Kudret Atakan Tekin, Ufuk Türkmen, Ertugrul Alkurt, Bahadır Kartal, Furkan Uğur, Musa Ekici

Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu olgu sunumu üç ay önce aortobifemoral baypas ameliyatı geçiren ve iyatrojenik sigmoid yaralanma nedeniyle hematokezya ile başvuran bir hastanın multidisipliner yönetimini vurgulamaktadır.

YÖNTEM: 50 yaşında erkek hastaya aorto-iliyak tıkalı hastalık nedeniyle aortobifemoral baypas ameliyatı uygulandı. Hasta ameliyattan üç ay sonra hematokezya ile başvurdu. Diagnostik kolonoskopi (Şekil 1) iyatrojenik sigmoid hasarını doğruladı. Hasta hospitalize edilerek klinik durumu stabillendikten sonra multidisipliner bir yaklaşımla tekrar ameliyat kararı alındı. Genel cerrahi ve üroloji ekiplerinin katıldığı yeniden ameliyatlar (Şekil 2) başarılı oldu.

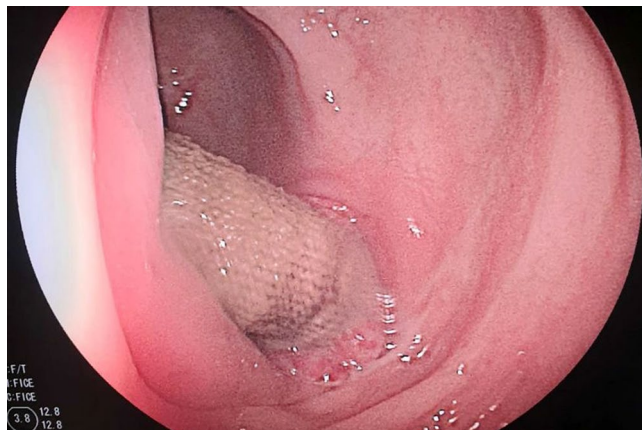
BULGULAR: Ameliyat sonrası dönemde yoğunbakım ve ardından servis takipleri ve tedavileri sonucunda hastanın genel durumu düzeldi ve ameliyattan 35 gün sonra ikili antitrombotik tedavi ile komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Damar cerrahisi sonrası gastrointestinal kanamalarda sekonder aortoenterik fistül nadir görülen ancak akılda bulundurulması gereken bir durumdur. Yüksek mortalite oranı göz önüne alındığında, erken teşhis ve tedavi için multidisipliner bir yaklaşım çok önemlidir.

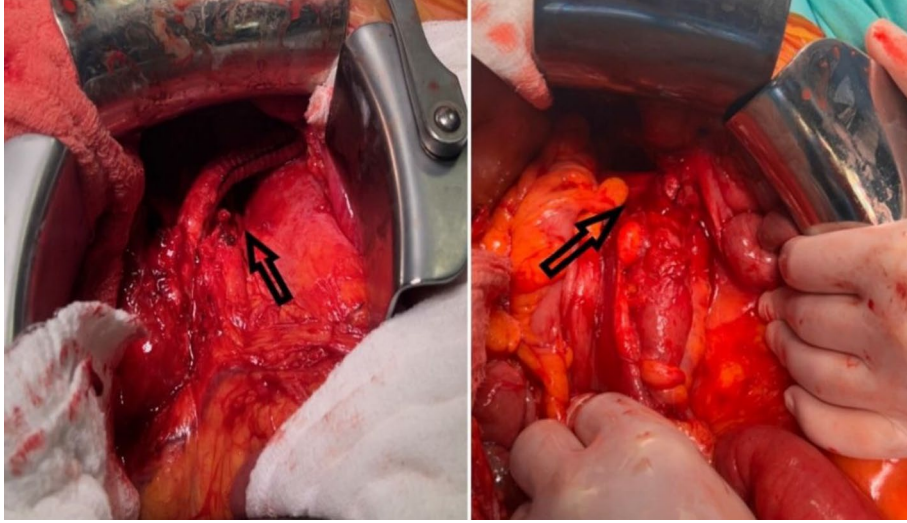
Anahtar sözcükler: Aortoenterik fistül.



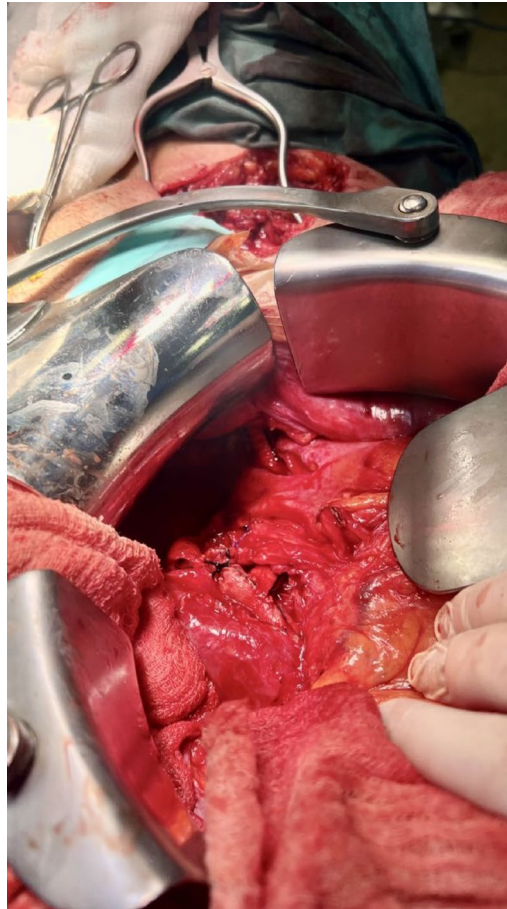
Şekil 1. Tomografide kolon segmenti içerisindeki grefte ait kontrastlanma görülmektedir.



Şekil 2. Sigmoid kolon içerisindeki greftin kolonoskopi görüntüsü.



Şekil 3. Greftin sağ bacağı etrafındaki kolon segmentinin ameliyat sırası görüntüsü.



Şekil 4. Yeni greftin re-interpozisyonu sonrası ameliyat sırası görüntü.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler**[EP-003]****Total kalça artroplastisi sonrası eksternal iliyak ven yaralanması ve akut iliofemoral derin ven trombozu: Nadir görülen bir iyatrojenik komplikasyon ve başarılı endovasküler onarımı****Görkem Yiğit, Ayla Ece Çelikten, Kudret Atakan Tekin, Ufuk Türkmen, Taner Alıç***Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum*

GİRİŞ VE AMAÇ: Total kalça artroplastisi (TKA) sonrası vasküler yaralanma nadir görülen bir komplikasyondur. Erken komplikasyonlar arasında kanama, iske mi, tromboembolik olaylar ve yırtıklar bulunurken, geç komplikasyonlar arteriovenöz fistül ve psödoanevrizmalardır. Bu yazıda, TKA sonrası gelişen akut iliofemoral derin ven trombozu (DVT) ve eksternal iliyak ven (EIV) yaralanmasının başarılı endovasküler yaklaşımla tedavi edildiği bir olgu sunulmaktadır.

YÖNTEM: 62 yaşında kadın hasta, kronik osteoartrit nedeniyle TKA geçirmiştir. Hastanın komorbiditeleri arasında kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve obezite bulunmaktadır. Ameliyat sonrası 5. günde sol bacakta şişlik, ağrı, kızarıklık ve çap artışı şikayetleriyle kliniğimize başvurmuştur. Renkli Doppler ultrasonografi (RDUS) ile akut iliofemoral DVT tanısı konulmuş ve rheolytic trombektomi işlemi planlanmıştır. İşlem sırasında, EIV'nin kalça protezinin arkasını sabitlemek için pelvik kemiğe yerleştirilen vidayla yaralandığı tespit edilmiştir. (Şekil 1) Stent-graft ile endovasküler tedavi uygulanmıştır (Şekil 2).

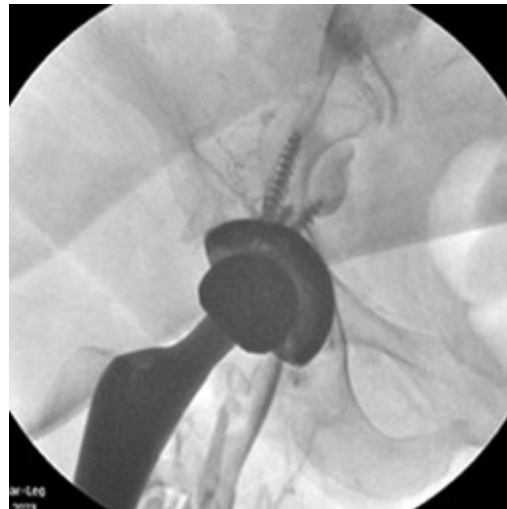
BULGULAR: Ameliyat sonrası ilk günde hastanın şikayetlerinde dramatik iyileşme gözlenmiştir. Hastaya mikronize saf flavonoid fraksiyonu (Daflon® 500 mg) ve enoksaparin sodyum başlanmış, mobilize edilmiş ve 5. günde taburcu edilmiştir. İşlemden bir ay sonra yapılan RDUS ve bilgisayarlı tomografi (BT) venografi, stent-graftın açık olduğunu ve DVT'nin bulunmadığını göstermiştir. Hastanın ağrı, kramp ve ödem şikayetleri gerilemiş ve bacaklar arasındaki çap farkı kaybolmuştur. Hasta rivaroxaban tedavisi altında takip edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Total kalça artroplastisi sonrası DVT ile birlikte EIV yaralanması nadir görülen bir komplikasyondur. Vasküler yaralanmaların erken teşhisi ve tedavisi, morbidite ve mortalite oranlarını azaltabilir. Açık cerrahi onarımlar zaman alıcı ve teknik olarak zordur. Endovasküler teknikler, özellikle yüksek komorbiditeleri olan hastalarda, cerrahiye alternatif olarak tercih edilebilir. Bu olgu, endovasküler tedavinin etkinliğini ve güvenliğini göstermektedir. Venöz anatomisinin doğru boyutlandırılması ve uygun stent-graft seçimi, başarılı sonuçlar için esastır.

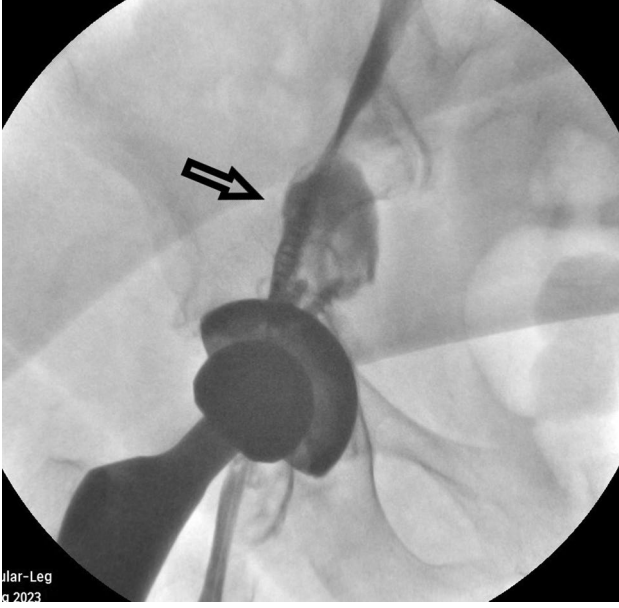
Anahtar sözcükler: İlio femoral derin ven trombozu.



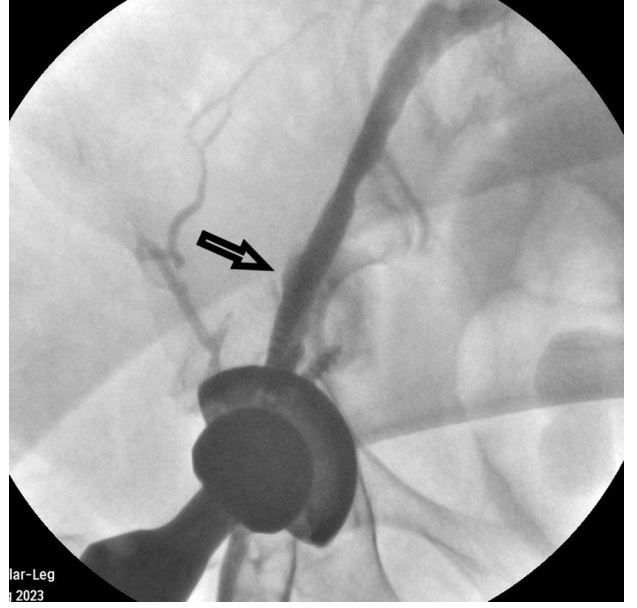
Şekil 1. Sol alt ekstremitenin ameliyat öncesi görüntüsü.



Şekil 2. Venografide oklüzyonun görüntüsü.



Şekil 3. Venografide ektravazasyonun tespit edilmesi.



Şekil 4. Venöz stent greft yerleştirilmesi sonrası venografi görüntüsü.



Şekil 5. Ameliyat sonrası alt ekstremitte görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-004]

Geçici vena kava filtresiyle ilişkili beklenmeyen bir komplikasyon

Ayla Ece Çelikten, Görkem Yiğit, Kudret Atakan Tekin, Ufuk Türkmen

Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

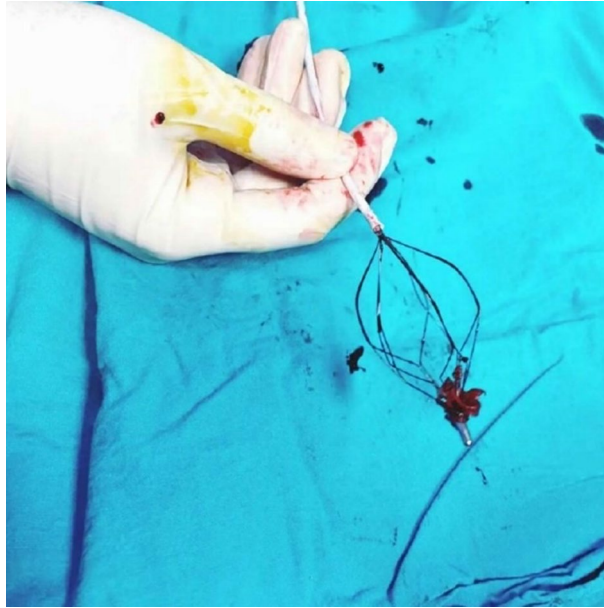
GİRİŞ VE AMAÇ: İliofemoral derin ven trombozu (IFDVT) tedavi edilmediğinde ciddi komplikasyonlara yol açabilen önemli bir patolojidir. Son 20 yılda, IFDVT tedavisinde girişimsel yöntemlerin kullanımı artmıştır. Hibrid farmakomekanik trombektomi (FMT), trombüsün parçalanması ve trombolitik ajanların daha iyi penetrasyonu için kateter bazlı bir tedavi yöntemidir. Nadir de olsa mekanik komplikasyonlar görülebilmektedir.

YÖNTEM: 55 yaşında erkek hasta, sol bacakta şişlik ve ağrı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Yapılan alt ekstremité venöz Doppler ultrasonografisi ile sol IFDVT tanısı konuldu ve hasta hastaneye yatırıldı. Düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı ve hibrid FMT planlandı. İşlem öncesinde sağ femoral ven yoluyla geçici bir inferior vena kava (IVK) filtresi yerleştirildi. Daha sonra, sol popliteal ven yoluyla FMT işlemi gerçekleştirildi. İşlem sonrası hasta yoğun bakım ünitesine alındı ve Viper tromboliz kateteri ile Alteplase infüzyonu yapıldı.

BULGULAR: İkinci ameliyat sonrası günde geçici IVK filtresinin çıkarılması için hasta hibrit odaya alındı. Floroskopi rehberliğinde filtre çıkarılmaya çalışıldı ancak başarısız oldu ve aktif kanama gözlemlendi. Lokal anestezi altında sağ femoral bölgede cerrahi insizyon yapılarak femoral ven bulundu ve filtre cerrahi olarak çıkarıldı. Filtrenin proksimal ucunda büyük miktarda trombüs gözlemlendi (Şekil 1) ve femoral ven primer olarak sütüre edildi. Hastanın ameliyat sonrası süreci sorunsuz geçti ve hasta NOAC tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hibrid FMT, IFDVT tedavisinde etkili bir seçenek olarak ortaya çıkmıştır. Bu teknik, trombüsü mekanik olarak venöz sistemden çıkarma ile farmakolojik tedaviyi birleştirir. Geçici IVK filtreleri ile ilgili komplikasyonlar çok nadirdir. Hibrid FMT ve geçici IVK filtrelerinin IFDVT tedavisindeki uygulamaları oldukça etkili ve güvenlidir. Ancak, nadir de olsa mekanik komplikasyonların ortaya çıkabileceği unutulmamalı ve gerektiğinde cerrahi müdahale düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Vena kava filtresi.



Şekil 1. Çıkarılan geçici vena kava filtresi ve ucundaki organize trombüs görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-005]

Fistülü koruyarak santral tıkanıklığı nasıl aşmalıyız? Olgu sunumu ve literatüre genel bakış

Ayla Ece Çelikten, Ufuk Türkmen, Görkem Yiğit, Kudret Atakan Tekin

Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

GİRİŞ VE AMAÇ: Kronik böbrek hastalığı nedeniyle hemodiyalize ihtiyaç duyan hastalarda, arteriyovenöz (AV) fistülün işlevselliğinin devamlılığı büyük önem taşır. Merkezi venöz tıkanıklıklar, hastaların yaşam kalitesini düşürebilir ve diyaliz verimliliğini azaltabilir. Bu çalışmada, merkezi venöz tıkanıklığı olan bir hastaya uygulanan sol-sağ subklavyen venöz crossover baypas yöntemi sunulmuştur.

YÖNTEM: 59 yaşında, sol kolunda AV fistül bulunan ve son altı aydır sol kol, baş ve boyun bölgesinde artan şişlik şikayetleri olan bir erkek hasta incelenmiştir. Doppler ultrason ve venografi sonuçları, sol subklavyen vende tıkanıklık göstermiştir. Hasta, genel anestezi altında sağ subklavyen venin görüntülenmesi ve sol-sağ yönünde end-to-side cross-over venöz baypas yapılması amacıyla ameliyata alınmıştır.

BULGULAR: Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınan hastaya, DMAH ve varfarin ile antikoagülasyon başlatılmıştır. İlk gün rutin diyaliz AV fistül yoluyla yapılmıştır. Beşinci gün taburcu edilen hastanın sol kolundaki şişlik belirgin şekilde azalmış ve takip muayenelerinde greftin açıklığı korunmuştur. Üç aylık takipte, sol kol ve yüz bölgesindeki şişlik tamamen geçmiş (Şekil 1) ve hasta sol kolundaki fistülden aktif olarak diyalize devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Merkezi venöz tıkanıklıklarda öncelikli olarak endovasküler tedaviler denenmekte, başarısızlık durumunda cerrahi baypas yöntemleri düşünülmektedir. Cerrahi baypas, venoplastiden daha dayanıklı olup, uzun vadede daha yüksek açıklık oranlarına sahiptir. Bu olguda da cerrahi veno-venöz baypas uygulanarak başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Erken antikoagülasyon ve elastik bandaj kullanımı, ameliyat sonrası dönemde komplikasyonları azaltmış ve greft açıklığını korumuştur.

Anahtar sözcükler: Venöz baypas.



Şekil 1. Ameliyat öncesi venografi görüntüsü.



Şekil 2. Perioperatif görüntüler.



Şekil 3. Taburculuk öncesi ve üçüncü ay takibinde koldaki ödemin gerilediği görülmektedir.

Doktor Bildirileri - Minimal İnvaziv, TAVI, Robotik Kalp Cerrahisi

[EP-006]

Minimally invasive surgical excision of a large left atrial myxoma: A case report

Çağdaş Baran¹, Ahmet Kaya², Giorgi Sulukhia¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Kırıkkale

OBJECTIVE: Myxomas are the most common primary cardiac tumors, typically benign and presenting with various clinical manifestations. Patients may present with symptoms such as dyspnea, angina, and cough, or they may be asymptomatic.

METHOD: In this case report, the minimally invasive surgical excision of a large cardiac myxoma in the left atrium is presented.

RESULTS: A 54-year-old female patient presented to our clinic department with complaints of fatigue and intermittent chest pain persisting for 15 days.. Transthoracic echocardiography revealed a mass in the left atrium, measuring 29×59 mm, which prolapsed into the left ventricle through the mitral valve during diastole, indicating a myxoma. Minimally invasive surgery was planned for the patient. The right jugular vein, right femoral vein, and right femoral artery were cannulated. Peripheral CPB was established. A 4 cm incision was then made on the right side, accessing through the fourth intercostal space. The left atrium was opened. After sufficient exposure was achieved, the base of the myxoma was dissected, and the tumor was removed from the left atrium. The left atrium was closed, successfully weaning the patient off bypass. She was extubated at the third hour postoperatively and discharged on the fourth day without any problem.

CONCLUSION: The most important diagnostic method for left atrial myxoma is echocardiography, and the most effective and successful treatment is surgical excision. In patients with myxoma in the left atrium, surgical procedures can be performed safely and effectively using minimally invasive techniques.

Keywords: Atrial myxoma, cardiac tumor.



Figure 1. Preoperative transthoracic echocardiography showing a left atrial myxoma.



Figure 2. Macroscopic view of the excised tumor tissue.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-007]

Erişkin hastada üst dudak hemanjiyomunun cerrahi eksizyon ve rekonstrüksiyonu

Sinan Goçer¹, Ekin İlkeli², Ali Cemal Düzgün³, Ali Kemal Gür⁴, İbrahim Keskinöz⁵

¹Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Özel Çağsu Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Bolu

³Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Ankara

⁴Özel Echomar Hastanesi, Zonguldak

⁵Özel Çağsu Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Bolu

GİRİŞ VE AMAÇ: Hemanjiyomlar iyi huylu tümörleridir. Genellikle çocukluk döneminde sık görülmelerine rağmen, bu olguda 52 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur. Rekonstrüksiyon cerrahi işleminden sonraki kontrolde lezyonun bulunduğu bölgenin klinik olarak tamamen normal olduğu görüldü. Özellikle genç erişken hastalarda kitle imajı olan üst dudak yerleşimli tümörlerde anjio sonrası rekonstrüktif cerrahi yapmak estetik görünüm sağlar.

YÖNTEM: Ultrasonda hemanjiyom ile uyumlu üst dudak sağ kesimde 13x26 mm boyutlarında içerisinde yaklaşık 145 cm/sn'ye ulaşak yüksek arterial ve yoğun venöz kanlanma izlenen lezyon saptandı. Selektif fasiyal arter anjiyosunda inferior ve süperior labial arter görüntülendi. Lezyonun önemli oranda tromboze olduğu görüldü. Hastaya vasküler embolizasyon yapılmadan tümör eksizyonu ve rekonstrüktif cerrahi planlandı.

BULGULAR: Hastanın üst dudak lokalizasyonunda, ciltte kabarık, tüm subkutan yapıları içine alan lezyonu mevcuttu. MR görüntülemeye belirgin vasküler invazyonu olmayan, çevre sinirlere invaze olmamış sağ üst dudak ile sınırlı maksiller kemik dokusunun sağlam olduğu selektif fasiyal arter anjiyosunda labial süperior ve inferior arterin visulaize edildiği, kısmi tromboze hemanjiyom görüntüsü tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hemanjiomlar genellikle erken yaş tümörleridir. Proliferasyon fazı, involüsyon fazı, ve geç involüsyon fazları vardır. Yetişkin dönemde önemli bir kozmetik sorun oluşturmalar. Ciltten kabarık, sarkmış üst dudak kitlesi, epidermal atrofi, telenjektazi, hipopigmentasyon, tromboz sık görülür. Hemanjiyomun yerleştiği subkutan dokuda fibröz yağ artıkları kalır ve kontur düzensizlikleri, asimetri oluşur. Hastanın yaşı ve lezyonun klinik özelliğini içeren faktörler kadar lezyonun hacmi ve büyümesi de önemlidir. Bu nedenle bu tür hemanjiyomlarda erken cerrahi müdahale tavsiye edilir. Yüz bölgesine uygulanan girişimlerde en az skar bırakan ve en iyi sonucu veren eksizyon teknikleri uygulanmalıdır. Embolizasyonun tek başına kozmetik görünümü düzeltmediği durumlarda rekonstrüktif cerrahi ile oldukça başarılı sonuçlar almak mümkündür.

Anahtar sözcükler: Hemanjiyom.



Şekil 1. Ameliyat öncesi hemanjiyom görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyat sonrası görünümü.

Asistan Bildirileri

[EP-008]

Koroner anjiyografi sırasında nadir bir komplikasyon; Balonun ayrılması

Umut Ata Uğraş¹, Erhan Renan Uçaroğlu¹, Muhammed Emre Güleşir²

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Bolu

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Bolu

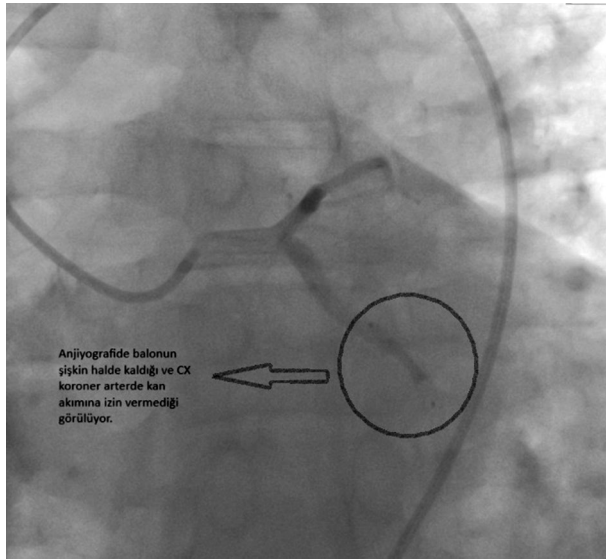
GİRİŞ VE AMAÇ: Anjiyografi esnasında meydana gelen komplikasyonlarda malzeme komplikasyonları da görülmektedir. Hastanemizde meydana gelen balon stent komplikasyon vakasının hasta yönetimi ve vaka değerlendirmemizi paylaştık.

YÖNTEM: Hasta acil şartlarda ameliyathaneye alındı. Pompa destekli atan kalpte, sternum mediyen sternotomi ile açıldı. Parçanın kaldığı damara safen ven grefti kullanılarak baypas yapıldı.

BULGULAR: Sirkumfleksi (Cx) damarda kalan parça göz ile görüldü, palpe edildi. parçanın Cx damardan çıkarılabileceği değerlendirildi. Aortotomi ihtiyacı olmadan parça çıkarıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Anjiyografi esnasında meydana gelebilecek komplikasyonların en aza indirgenmesi ve komplikasyonların hızlıca ortadan kaldırılabilmesi için anjiyografiye katılacak ekibin yetkinliği, malzeme kalitesi ve kardiyak cerrahi yapılabilecek bir merkezde anjiyografi yapılmasının önemini görmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Anjiyografi, baypas, komplikasyon, malzeme.



Şekil 1. Parça kırıldıktan sonra Cx koroner damarda kan akımına izin vermediği durumun anjiyografide görüntülenmesi.



Şekil 2. Kırılan parça.

Asistan Bildirileri

[EP-009]

Massive thrombosed popliteal artery aneurysm

Furkan Kallek, Elif Demirbaş, Koray Ak

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Popliteal artery aneurysms (PAA) are rare, although they are the most common peripheral artery aneurysms. We report a case of an 81-year-old patient who underwent surgery for giant PAA presenting acute limb ischemia.

METHOD: An 81-year-old male patient was referred to our clinic with acute limb-threatening ischemia. He had pain, pulselessness, paresthesia, and paralysis in his left foot. In his medical history, he underwent a biopsy and thigh MRI under the suspicion of a soft tissue tumor four years ago. The tissues appeared to belong to a different lesion. A repeat biopsy was recommended. However, the patient didn't consent. Following a detailed physical examination and lower extremity CTA, it appeared to be a vascular aneurysm (Figure 1). The patient underwent surgery. We cut open the massive aneurysm sac following cross clamping (Figure 2). We observed intense organized chronic thrombus material inside the sac. We performed distal embolectomy. An 8 mm PTFE graft was interposed between SFA and PA. PV was compressed by the sac, and an 8 mm Dacron graft was interposed between DFV and PV. Postoperative CTA is shown in Figure 1.

RESULTS: Popliteal artery aneurysms are primarily asymptomatic. PAAs with >2 cm have higher rates of thromboembolic events. PAA can be treated with open surgery, endovascular, or hybrid methods. In our patient, we preferred open surgery because of the thrombosed massive sac and digital embolization.

DISCUSSION AND CONCLUSION: A nonpulsatile popliteal mass should lead one to suspect a possible thrombosed PAA. At the age of endovascular interventions, open surgery is still highly recommended.

Keywords: Popliteal artery aneurysm.

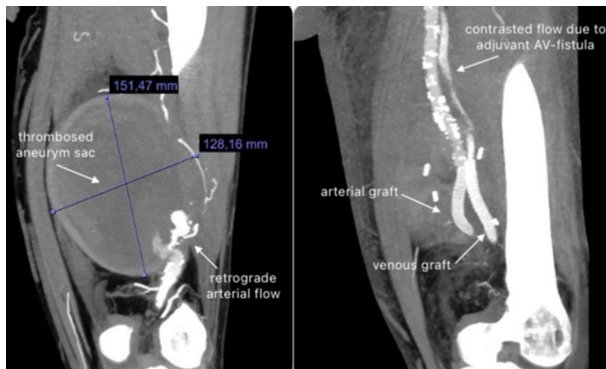


Figure 1.

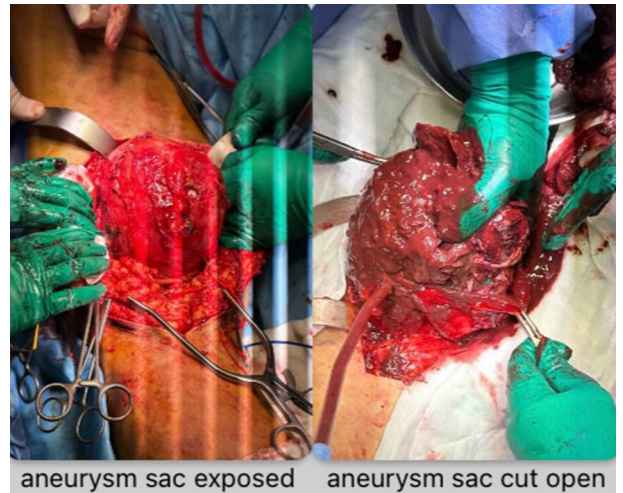


Figure 2.

Asistan Bildirileri

[EP-010]

Kronik venöz hastalıkta nadir bir sekonder ekstrensek etyoloji vakası

Onur Barış Dayanır, Serdar Bayrak

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

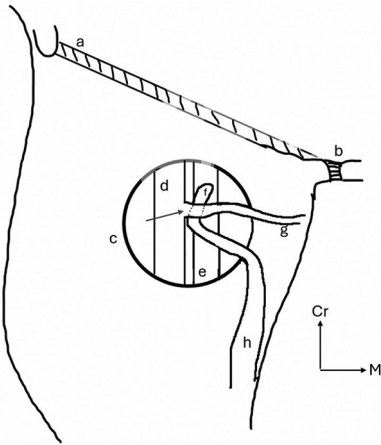
GİRİŞ VE AMAÇ: Kronik venöz hastalık (KVH) patolojisi; reflü veya obstrüksiyon nedeniyle artan venöz basınçtır¹. KVH'nin sekonder ekstrensek etyolojisi, yüzeysel venlerin duvarı veya kapakçıklarında herhangi bir anormallik bulunmadan, komşu oluşumların neden olduğu venöz kompresyonu tanımlar². Büyük safen vene (VSM) komşu olan eksternal pudendal arter(EPA), safenofemoral bileşkede (SFJ) femoral arterin (FA) medialinden çıkar, genellikle 2 mm kalibrasyondadır ve dış genital organları kanlandırır³. Bu raporda EPA ile FA arasında kompresyona uğrayan geniş VSM nedeniyle endovenöz lazer ablasyon (EVLA) uyguladığımız hasta bildirilmiştir.

YÖNTEM: 45 yaşında kadın, sol alt ekstremitede ağrı, şişlik, dolgunluk hissi şikayetleriyle kurumumuza başvurdu. Hastanın muayenesi ve Doppler ultrasonografisi (USG) yapıldı. Sol alt ekstremitedeki bulgular sonucunda EVLA kararı verildi. Genel anestezi uygulandı. Perioperatif USG bulguları fotoğraflandı ve şematik gösterimi yapıldı (Figür 1).

BULGULAR: Alt ekstremitedeki telenjektazilere yönelik skleroterapi öyküsü mevcuttu. Bilateral alt ekstremitede telenjektaziler, retiküler venler, solda ek olarak variköz venler ve premalleolar ödem izlendi. Venöz klinik şiddet skoru (VCSS) 7 olarak skorlandı. USG'de EPA'nın SFJ hizasında 5 mm olduğu görüldü. VSM'nin sistolde EPA ile FA arasında kompresyona uğradığı görüldü. VSM SFJ düzeyinde 6 mm iken uyluk ortasında 9 mm ölçüldü. VSM'ye EVLA uygulandı. Ameliyat sonrası birinci günde komplikasyonsuz taburcu edildi. Sekiz ay sonraki kontrolde VCSS 2 olarak skorlandı.

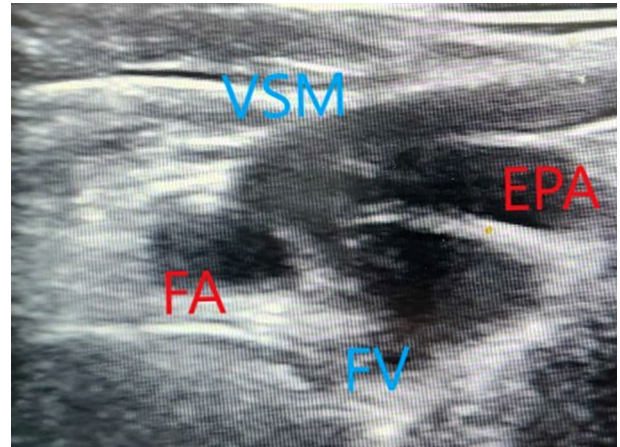
TARTIŞMA VE SONUÇ: Ndiaye ve arkadaşları kadavralardaki 54 diseksiyonda EPA'nın %44 oranında VSM'yi önden çaprazladığını bildirmişlerdir⁴. Bu anatomik varyasyonun VSM genişlemesine neden olduğuna dair literatürde örnek yoktur. Genellikle sekonder ekstrensek etyolojiler derin venöz yapıların kompresyonundan kaynaklanır⁵. Ancak bu olguda VSM'nin FA ile EPA arasında sistolde kompresyona uğradığını net bir şekilde gösterdik (Şekil 2). Ayrıca VSM çapının diğer ekstremitede normal olması, solda kompresyon distalinde giderek genişlemesi etyolojinin vasküler kompresyon olduğunu desteklemektedir.

Anahtar sözcükler: Eksternal pudendal arter, endovenöz ablasyon, venöz yetmezlik.



Şekil 1. Şematik çizim.

Cr: Kranial taraf; M: Medial taraf; a: İnguinal ligament; b: Symphysis pubis; c: Fossa ovalis; d: Femoral arter (FA); e: Femoral ven; f: Safenofemoral bileşke (SFJ); g: Eksternal pudendal arter (EPA); h: Büyük safen ven (VSM) olarak ifade edilmiştir. Mavi ok ile işaretlenmiş kesikli alan komprese olan VSM ifade etmektedir.



Şekil 2. Safen venin çevre arteriyel yapılarla olan ilişkisi ve sistol esnasındaki kompresyonu görülmektedir. Kırmızı renkteki kısaltmalar arteriyel yapıları, mavi renktekiler venöz yapıları ifade etmektedir.

VSM: Vena saphena magna, FV: Femoral ven, EPA: Eksternal pudendal arter, FA: Femoral arter.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-011]

Cor triatriatum in an adult patient presenting severe dyspnea

Sevda Kurtulmuş, Elif Demirbaş, Koray Ak

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Cor triatriatum sinister (CTS) is a rare congenital disease characterized by the fibromuscular membrane that divides the left atrium. Patients are usually symptomatic in childhood; however, many cases remain asymptomatic until adulthood. We present a 19-year-old female patient with dyspnea on exertion who underwent surgery.

METHOD: The patient was referred to cardiology with dyspnea. Following echocardiography, the diagnosis was cor triatriatum sinister, mimicking mitral valve stenosis. Surgery was necessary. Through left atriotomy, the fibromuscular membranous structure that divides the left atrium was explored. The fibromuscular membrane was located 1 cm above the mitral valve and had an opening of approximately 1 cm². The pulmonary vein drainage was into the proximal chamber. The membrane was resected. The left atriotomy was closed, and the patient was withdrawn from cardiopulmonary bypass (CPB). There were no complications. The patient was discharged from the hospital on postoperative Day 5. She was utterly symptom-free in the short follow-up.

RESULTS: Cor triatriatum sinister was found in 0.1 to 0.4% of patients with congenital heart disease. Cor triatriatum sinister is a condition in which the left atrium is divided into two chambers. 17.5% of adult patients can be diagnosed incidentally. Symptoms may range from mild exertional dyspnea to orthopnea and palpitations. The definite treatment is surgical resection of the membrane approach under hypothermic CPB.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Cor triatriatum sinister is a rare congenital disease with a wide range of symptoms, mostly mimicking mitral valve stenosis. To relieve symptoms, surgical resection of the membrane is necessary.

Keywords: Cor triatriatum.

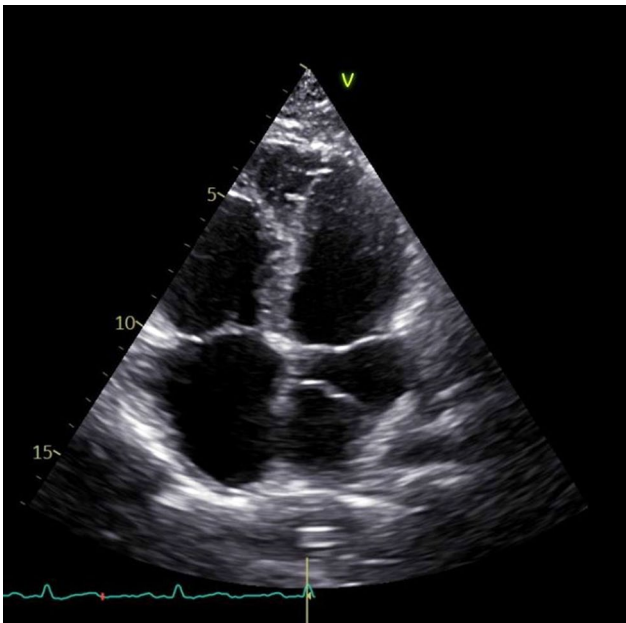


Figure 1. Cor triatriatum membrane echocardiography image.



Figure 2. Cor triatriatum membrane surgical excision.

Asistan Bildirileri

[EP-013]

Myocardial infarction due to coronary embolism after mechanical aortic valve replacement: A case report

Mukan Kağan Kuş¹, Anil Karaagac¹, Burak Bozkurt¹, Ufuk Sadık Ceylan², Mehmet Kaplan¹

¹Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Prosthetic valve thrombosis (PVT) in aortic valve and its complication coronary embolism is a very rare condition. We present a young patient with acute myocardial infarction who underwent mechanical aortic valve replacement (AVR) operation one month earlier.

METHOD: A 39 year old male patient was complaining about sudden onset chest pain one month after the AVR procedure. Electrocardiogram (ECG) and blood troponin levels showed non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI). Coronary angiography showed total circumflex artery occlusion. Coronary balloon angioplasty and stent implantation was performed transesophageal echocardiogram (TEE) was planned for detecting thrombi, vegetation or pannus formation on the mechanical aortic valve. TEE demonstrated normal functional bileaflet mechanical aortic valve but there was a 3x3 mm hypoechogenic, mobile mass that look alike thrombi formation. Intravenous thrombolytic therapy (alteplase infusion) was administered in intensive care unit. Control TEE performed three days after and it showed there was no thrombus formation like before.

RESULTS: Prosthetic valve thrombosis is defined as existence of any thrombus material, in the absence of infection, adhesive or near to the mechanical valve leaflets. Clinical presentation varies from insidious dyspnea to cardiac arrest. Coronary embolism should always be considered in the time of examining patients with sudden onset chest pain who underwent mechanical valve replacement, especially AVR.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Prosthetic valve thrombosis can be treated with anticoagulants, thrombolytics or surgery. Current guidelines suggest that small (<10mm) thrombus on prosthetic valves do not require surgical intervention. We saw that our thrombolytic treatment for 3mm thrombus is enough. Dual antiaggregant treatment added to warfarin therapy in discharge.

Keywords: Coronary embolism.



Figure 1.



Figure 2.

Doktor Bildirileri - Minimal İnvaziv, TAVI, Robotik Kalp Cerrahisi

[EP-014]

Minimal invaziv kardiyopulmoner baypas ameliyatlarında aksiller kanülasyon tekniği

Faruk Gençoğlu

Hisar Hospital Intercontinental, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Minimal invaziv kardiyopulmoner bypas (KPB) ameliyatlarında aksiller arter kanülasyonu, cerrahi sonuçları iyileştirmek ve komplikasyonları azaltmak için kullanılan yenilikçi bir yöntemdir. Kardiyopulmoner baypas ameliyatlarında arteriyel kanülasyon, cerrahi başarı ve hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. Geleneksel olarak femoral veya aortik kanülasyon tercih edilse de, minimal invaziv yaklaşımlarda bu yöntemler bazı zorluklar ve riskler içermektedir. Aksiller arter, anatomik konumu ve kolay erişimi sayesinde bu noktada önemli bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.

YÖNTEM: Minimal invaziv KPB ameliyatlarında axiller kanülasyon: sağ aksiller arter eksplore edildikten sonra proksimal ve distalin segmentlerden teflon feltler ile dönülüyor. Sonrasında proksimal segmentten snair geçiliyor. 5.0-6.0 prolen dikiş ile kanüle edilecek bölge dönülüyor. Seldinger yöntemi ile ponksiyon yapılıyor. Klavuz tel gönderiliyor. Hastanın BSA'sına uygun ECMO kanülü ile kanüle ediliyor. Sonrasında snairler sıkılarak işlem sonlandırılıyor.

BULGULAR: Aksiller arter kanülasyonunun avantajları, diğer arteriyel kanülasyon bölgelerine göre daha düşük komplikasyon oranları ve yüksek başarı oranlarıdır. Çalışmamızda peroperatif aksiller arter bölgesinde kanama olmamıştır. Ameliyat sonrası dönemde hematoma, enfeksiyon, arteriyel tromboz ve sinir hasarı gibi komplikasyonlar görülmemiştir. Dekanülizasyon sonrasında ileri düzeyde tamir gerekmemiştir. Bazı hastalarda hiçbir ek dikişe gerek duyulmamış bazılarında tek bir primer dikiş yeterli olmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Minimal invaziv KPB ameliyatlarında aksiller arter kanülasyonu, güvenli ve etkili bir arteriyel erişim yöntemi olarak öne çıkmaktadır. Aksiller arter genellikle ateroskleroza arınmıştır. Antegrad serebral perfüzyon sayesinde retrograd embolizasyon riskinin önüne geçmektedir. Düşük komplikasyon oranları ve yüksek başarı oranları ile, bu teknik cerrahi sonuçları iyileştirmekte ve hasta güvenliğini artırmaktadır. Aksiller kanülasyon, minimal invaziv koroner cerrahi prosedüründe önemli bir yenilik olarak klinik pratiğe değerli bir katkı sunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Midcab aksiller kanülasyon tekniği.

Asistan Bildirileri

[EP-015]

Redo vakada sağ mini torakotomi ile fibrile kalpte mitral kapak replasman ameliyatı

Zeynep Güneş, Kadir Kaan Gökçe, Mehmet Okan Donbaloglu

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ VE AMAÇ: Mini-sternotomi uygulaması ile ameliyat edilen ilk hastalardan alınan başarılı sonuçlar, yoğun bakım ve hastanede kalış sürelerinin kısaltılması gibi ekonomik faktörlerin yanı sıra, kozmetik görüntü gibi psikolojik faktörler ve en önemlisi gerek duyulduğu takdirde hastanın pozisyonunda hiçbir değişiklik yapmadan insizyonu çok kısa sürede klasik sternotomiye çevirebilmenin cerraha verdiği güven de gözönüne alındığında bu yaklaşımın uygulanabileceği tüm kardiyak ameliyatlarda düşünülmesi gerekmektedir.

YÖNTEM: Mevcut bulgular ışığında yapılan ameliyat öncesi konsey değerlendirmesinde hastaya minitorakotomi ile yaklaşılmaması ve fibrile kalpte kapak replasmanının yapılması kararlaştırıldı. Toplam pompa süresi 171 dk toplam VF süresi 109 dk olarak değerlendirildi. Komplikasyon gelişmeden ameliyat başarı ile tamamlandı.

BULGULAR: Ameliyat sonrası dönemde yoğun bakım ve servis takiplerinde yapılan kontrol ekoda mitral kapakta kaçak olmadığı ve hastanın aritmi yaşamadığı gözlemlendi. Hastanın ameliyat sonrası 13. günde şifa ile taburculuğu gerçekleştirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu olguda özellikle fibrilasyonda kapak replasmanı yapılması tercih edilerek hastanın kros klemp ve kardiyopleji etkisinden miyokart dokusunun korunması sağlanmıştır. Hastanın öncesinde yapılan KABG ameliyatı esnasında konulan greft anastomozlarının açık olması sayesinde replasman esnasında herhangi bir müdahaleye gerek kalmadan kalp beslenmesini sürdürmektedir. Özellikle arter grefti sayesinde LAD aracılığı ile kalp pulsatil arteriyel akım ile miyokart perfüzyonu devam etmekte ve düşük EF'li hastanın kalp performansının korunması hedeflenmektedir. Redo vaka olan ve daha öncesinde median sternotomi yapılan hastanın iyileşme sürecini kısaltmak ameliyat sonrası adaptasyon ve bakımını kolaylaştırmak, ameliyat sonrası konforunu artırmak amacı ile mini torakotomi tercih edilmiştir. Özellikle bu gibi redo vakalarda sıklıkla gözlemlendiğimiz yapılan ilk cerrahiye sekonder hastanın dokularındaki dejenerasyon iyileşme sürecinin zorlaşması ve cerrahi alanın anatomik olarak hasarı sebebi ile hastaların taburculuk süreleri uzamakta ve komplikasyon riski artmaktadır.

Anahtar sözcükler: Minimal invaziv cerrahi, fibrilasyon, redo vaka.

Asistan Bildirileri

[EP-016]

Management of prosthetic valve endocarditis following TAVI: A case report

Çağdaş Baran¹, Ahmet Kayan², İsmet Onur Taniyan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kırıkkale

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: In recent years, transcatheter aortic valve implantation (TAVI) has become widely used in aortic valve diseases. However, it is obvious that open heart surgery is indispensable in some cases, even in patients who have undergone TAVI. We described surgical aortic valve replacement (SAVR) performed on a patient diagnosed with infective endocarditis of a prosthetic valve after TAVI.

METHOD: Our patient was a 75-year-old woman diagnosed with severe aortic valve insufficiency. Five years ago, she underwent TAVI due to aortic valve stenosis. She reported an improvement in her cardiac symptoms following the TAVI procedure. However, she complained of increasing exertional dyspnea and occasional angina over the past year. The patient exhibited no signs of infective endocarditis other than valve insufficiency. However, TEE confirmed a vegetation on the prosthetic valve. Conventional open-heart-surgery was planned to clear the infective tissue. The initial plan was to clean the vegetative tissue on the valve while preserving the prosthetic valve. However, intraoperatively, it was observed that one leaflet of the prosthetic valve was completely destroyed.

RESULTS: Consequently, the surgical plan was altered to remove and replace the prosthetic valve entirely. Sutureless valve was chosen to shorten the cardiopulmonary bypass time. The TAVI prosthesis was carefully removed with elevators without damaging the aortic root. Guide sutures were placed and the Perceval Medium valve was implanted.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Intraoperative TEE was performed on the patient after the termination of cardiopulmonary bypass, revealing no significant insufficiency or stenosis in the prosthetic valve. Postoperatively, the patient was taken to the ICU and monitored for 24 hours. She was discharged on the 7th postoperative day without notable complications. Echocardiography performed on the 45th postoperative day after discharge showed no serious insufficiency or stenosis in the prosthetic valve.

Keywords: TAVI, infective endocarditis.



Figure 1. Removed TAVI valve.

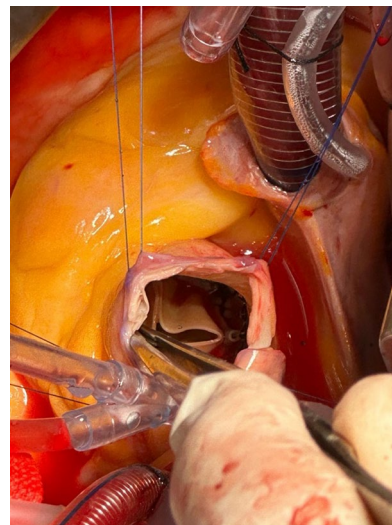


Figure 2. Implanted perceval valve.

Asistan Bildirileri

[EP-017]

Redo cardiac surgery in high-risk infective endocarditis patient: A case report

Çağdaş Baran¹, Ahmet Kayan², Nadir Polat¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kırıkkale

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: The number of patients requiring valve replacement due to aortic valve diseases is steadily increasing. Surgical aortic valve replacement (sAVR) is still considered the gold standard treatment. Prosthetic valve endocarditis (PVE) accounts for 20% of all endocarditis cases, and redo sAVR is a related with high mortality.

METHOD: A 62-year-old male patient who underwent RAT-AVR with a Perceval Medium for aortic stenosis three years ago. The patient presented with newly developed fever and dyspnea. Transesophageal echocardiogram (TEE) revealed vegetation on the Prosthetic valve. Despite negative blood culture results, a redo sAVR was planned for the patient.

RESULTS: Median sternotomy, cannulation and myocardial protection were performed routinely. Transverse aortotomy was made in the proximal ascending aorta, and the aortic root was sufficiently exposed. The aortic root was intact and free of disease. Prosthetic valve and surrounding infected tissue were debrided. Bioprosthetic valve replacement was made. Intraoperative TEE revealed no significant issues, and the patient was successfully weaned from cardiopulmonary bypass. The patient was transferred to the ICU and extubated five hours later. He was discharged six days later without complications. Echocardiography performed on the 45th post-operative day after discharge showed no significant insufficiency or stenosis in the prosthetic valve.

DISCUSSION AND CONCLUSION: The presence of vegetation on the valve despite negative blood cultures illustrates the complexity of diagnosing culture-negative endocarditis. The comprehensive debridement of infected tissue and replacement with a bioprosthetic valve was crucial for the successful management of this case. The successful management of PVE necessitates a multidisciplinary approach, incorporating expertise from cardiology, infectious diseases, and cardiothoracic surgery.

Keywords: Sutureless valve, infective endocarditis.

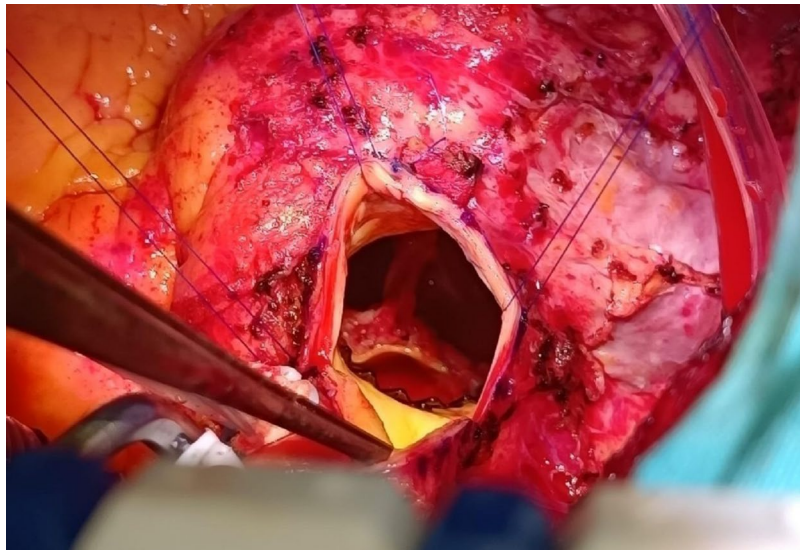


Figure 1. Infected perceval prosthetic valve.

Asistan Bildirileri

[EP-018]

Ön çapraz bağ (ACL) rekonstrüksiyonu sonrasında gelişen popliteal arter anevrizması

Burhan Küçük¹, Mustafa Canikoglu¹, Özgür Çakır², Ali Ahmet Arıkan¹, Oğuz Omay¹, Sadan Yavuz¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

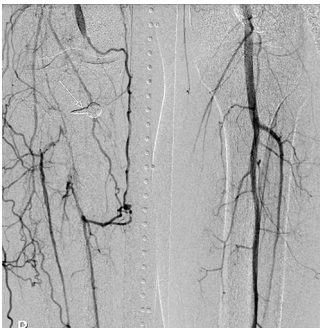
GİRİŞ VE AMAÇ: Ortopedik prosedürlerden sonra vasküler yaralanma nadir fakat klinik olarak ağır bir komplikasyondur. Ortopedik cerrahi sonrası iyatrojenik popliteal arter yaralanması en sık olan yaralanmadır. Popliteal arter diz kapsülü ile yakın komşuluk içinde bulunur ve diz artroplastisi veya osteotomi gibi yaygın cerrahi işlemler sırasında yaralanma riski altındadır. Popliteal arter anevrizmaları klinik olarak asemptomatik seyir gösterebilir. Klinik olarak anevrizma içindeki tromboz ve bunun sonucu oluşan kitle etkisi sonucu ağrı, parestezi, siyanoz gelişebilir. Bizim olgumuzda da hastamız uzun yıllar asemptomatik olarak hayatını idame ettirmiştir.

YÖNTEM: Spor yaparken düşen ve hastaneye kaldırılan 24 yaşındaki erkek hastaya 2010 yılında ön çapraz bağ ameliyatı yapılmış. Hastada 2014 yılında sağ alt ekstremitede şiddetli ağrı ve siyanoz meydana gelmiş. Ara ara sağlık kuruluşlarına giden hastaya medikal tedavi uygulanmış. Ancak hastaya kesin tanı konmamış. Bu şikayetleri her yıl tekrarlayan hasta kladikasyonu artmaya başlaması üzerine kliniğimize başvurdu. Hasta alınan anamnezde ilk zamanlarda zorlu yürüyüşler sonrası bacak ağrılarının olduğunu beyan etti. Bizim kliniğimize geldiğinde kladikasyonu 200 metre idi.

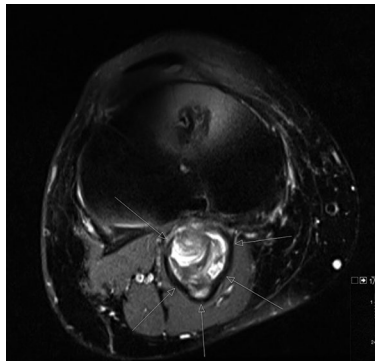
BULGULAR: Hastaya öncelikle Doppler USG çekildi. Doppler USG'de sağ popliteal fossada heterojen kitlesel görünüm izlendi. Doppler USG'de belirgin vaskülarizasyon saptanmadı. Sonra çekilen MR anjiyoda tromboze anevrizma görüldü. Hastaya çekilen arteriyografi de sağ popliteal arterin başlangıç düzeyinden itibaren oklüde olduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hasta kliniğimize geldiğinde akut iskemi bulgusu yoktu. Kladikasyonu daha önceki yıllara göre azalmış olan hastaya silastozal ve antiagran tedavi başlandı. Kliniğimizde yakın takip edilmektedir. Açıkladığımız olguda, nonabsorbe vida tarafından arterin medial duvarı muhtemelen delindi ve arter çevresindeki ekstremitasyona yol açan ilk kanama çevredeki doku tarafından durduruldu. Sonuçta, damar yaralanması zamanla bacak hareketiyle beraber arttı. Popliteal arter psödoanevrizmasının nedeninin bu yabancı madde maruziyetine bağlı olduğunu tespit ettik.

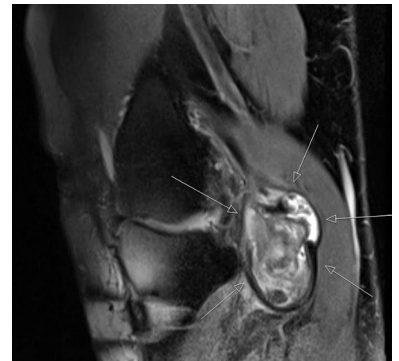
Anahtar sözcükler: Popliteal arter anevrizması, MR anjiyo, DSA, nonabsorbe vida.



Şekil 1. Hastaya çekilen aorta femora popliteal arteriyografi de bileteral ana iliak arter, CFA, SFA, DFA açık. Sağ popliteal arter başlangıç düzeyinden itibaren oklüde izlenmektedir. Yine aynı düzeyde solda popliteal arter ve dallarının açık olduğu gözlenmekte.



Şekil 2. MR görüntülemelerde sağ diz MR da PDA aksiyel kesitte 5.5x3.5 cm tromboze anevrizma.



Şekil 3. çekilen MR görüntülemelerde sağ diz MR anjiyo da sagittal 5.5x3.5 cm tromboze anevrizma.

Asistan Bildirileri

[EP-019]

Perkütan ASD kapatma işlemi sırasında ASD kapama cihazının pulmoner artere kaçması ve acil cerrahi müdahale

Burhan Küçük, Gözde Kürkçü, Mustafa Canikoğlu, Sadan Yavuz, Hasan Bayram, Özgür Özyavuz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ: Atriyal septal defekt (ASD), kalpteki atriyal septumda bulunan bir açıklıktır, tedavi edilmediğinde zamanla bir dizi ciddi sorun yaratabilir. Atriyal septal defekt, sol ve sağ atriyumlar arasındaki anormal kan akışına yol açarak kalp yetersizliğine neden olabilir. Bu durum, kalbin pompalama fonksiyonunu etkileyerek kalp yetersizliği riskini artırır. Uzun süreli ASD, akciğerlere giden kan akışında artışa neden olarak pulmoner hipertansiyona yol açabilir; bu da kalp yetmezliği ve kapak hastalıklarına neden olabilir. Ayrıca, ASD'nin yarattığı anormal kan akışı, atriyal fibrilasyon gibi ritim bozukluklarına yol açabilir. Bu ritim bozuklukları, tromboz oluşumuna sebep olur ve pıhtıların beyin damarlarına gitmesi sonucu inme riskini artırabilir.

YÖNTEM: 35 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti sonrası yapılan ekokardiyografide geniş sekundum ASD ve ileri Triküspit yetmezlik (PUB:75 mmHg) tespit edilmiştir. İlgili klinikçe transkateter yöntemle ASD kapatma işlemi kararı alınmıştır. İşlem sırasında cihazın pulmoner artere kaçması üzerine kliniğimize bilgi verildi. Hasta acil şekilde heparin infüzyonu altında ameliyata alındı. Pulmoner arterden yabancı cisim çıkarıldı. Atriyal septal defekt perikart yama ile kapatıldı ve triküspid devega anüloplasti yapılarak ameliyata son verildi.

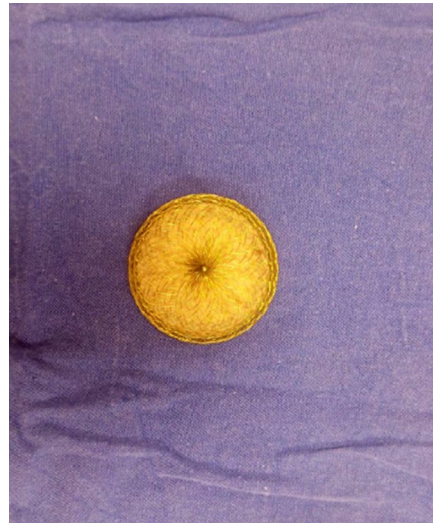
BULGULAR: Hasta yoğun bakıma alındıktan sonra vital bulgularının stabil olması üzerine yaklaşık 4 saat sonra ekstübe edildi. Hastamız yoğun bakım ve servis takipleri sonrası ameliyat sonrası 6. gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Perkütan kapama cihazları, genellikle ASD gibi kalp defektlerini tedavi etmek için kullanılır. Transkateter ASD kapatma işlemleri sırasında kapama cihazlarının pulmoner artere kaçması nadir, ancak ciddi bir komplikasyon olarak kabul edilmelidir. Yabancı cismin pulmoner artere geçişi, tromboz oluşumunu teşvik edebilir, bu trombüslerin pulmoner arterlere ulaşarak pulmoner emboliye yol açabilir. Pulmoner emboli, akciğerlerdeki kan akışının obstrüksiyonu nedeniyle ciddi respiratuvar, kardiyovasküler komplikasyonlara neden olabilir.

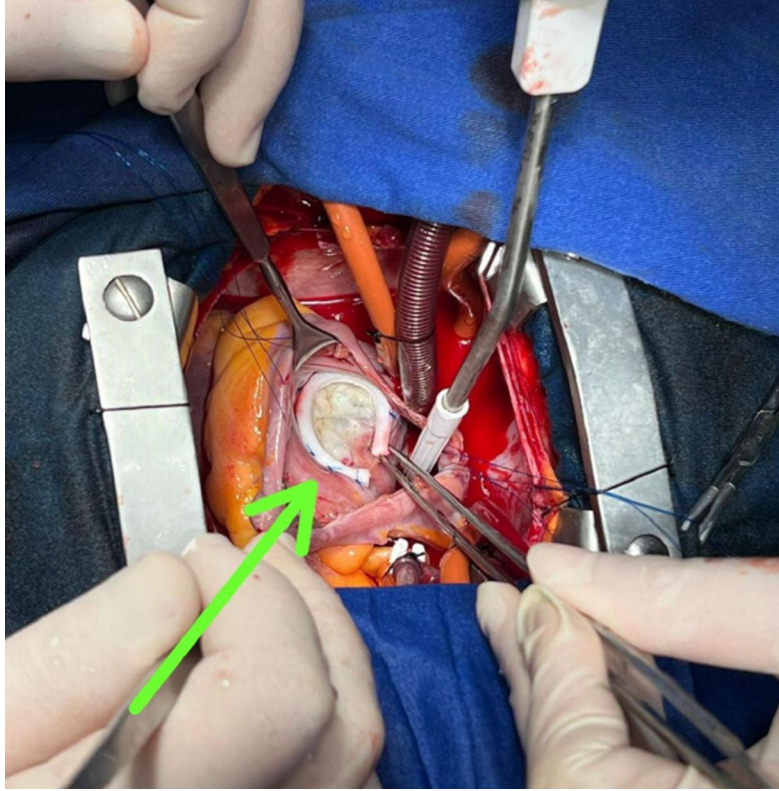
Anahtar sözcükler: ASD, pulmoner arter, perkütan ASD kapama, triküspit devega.



Şekil 1. ASD kapatma cihazı.



Şekil 2. ASD kapatma cihazı.



Şekil 3. Ameliyatta ayrıca triküspit devega anüloplasti ameliyatı ve perikart ile ASD kapatma yapıldı.



Şekil 4. Pulmoner arterden çıkan perkütan ASD kapatmada kullanılan cihaz.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-020]

Uzun segment femoral arter darlığına uygulanan başarısız tekrarlayan endovasküler girişimler sonucu oluşan stent kırılmasından kaynaklı femoral arter rüptürünün ve buna bağlı çoklu psödoanevrizmaların cerrahi onarımı: Olgu sunumu

Elgin Hacizade¹, Cavid Ibrahimov¹, Mammad Jafarov¹, Emre Kubat², Nazim Hajiyev¹

¹Azerbaycan Silahlı Kuvvetlerinin Merkezi Askeri Hastanesi, Azerbaycan

²GATA Ankara Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

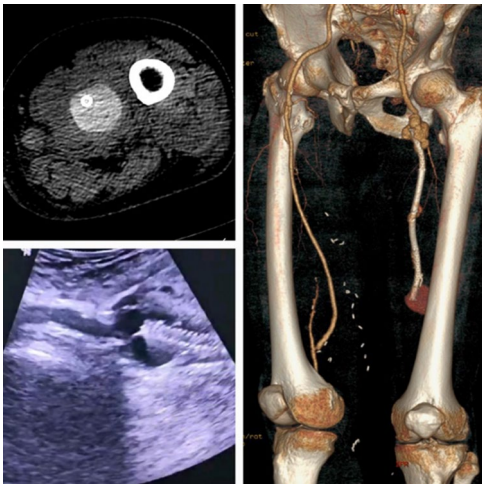
GİRİŞ VE AMAÇ: Periferik arter hastalığı (PAD), ekstremitate atardamarlarında plak birikimi ile karakterize bir durumdur. 40 yaş ve üzeri bireylerin %5,9'unu ve 70 yaş ve üzeri bireylerin %14,5'ini etkilediği tahmin edilmektedir.

YÖNTEM: Bu hastalığın geleneksel tedavisi genellikle baypas cerrahisini içerir ve tartışma baypas greftinin seçimine odaklanır. Ancak son yıllarda tedavi paradigmasında önemli bir değişim olmuştur ve birçok tıp merkezi ilk yaklaşım olarak tüm hastalar için endovasküler girişimleri ön planda tutmaktadır.

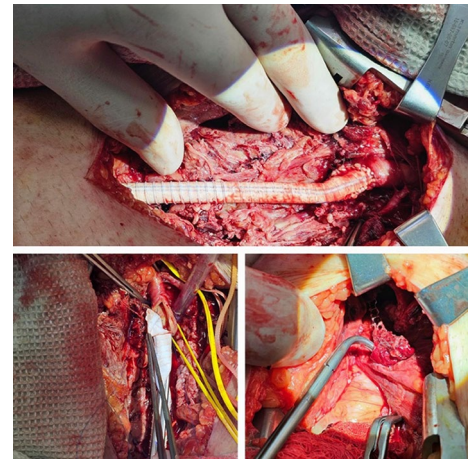
BULGULAR: Dış merkezde 10 gün arayla iki kez endovasküler girişim yapılan hasta sol kasık bölgesinde şişlik, ağrı ve yürüme kısıtlılığı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi sonrası SFA'nın proksimal ve orta kısmından kaynaklanan, iki fuziform anevrizma olduğunu görüldü. 3D BT anjiyografi görüntüleri, SFA etrafındaki dokuya aşınmış proksimal ve distal stentleri tespit etti. Hastaya yabancı cisim enfeksiyon riski nedeniyle ekstrüde olmuş SFA stentlerinin çıkarılması ve PTFE sentetik vasküler greft ile femoropopliteal baypas cerrahisi uygulandı. Ekstrüde olan stentler çıkarıldıktan sonra proksimalde ana femoral arter, derin femoral arteri de içerecek şekilde bifurkasyon bölgesi anastomoz için hazırlandı. Böylece derin femoral arterin akımı da korunmuş oldu. Yara klorheksidin solüsyonu ile yıkandı ve dren yerleştirildi. Ameliyat sonrası dönemde drenlerden günlük 150cc lenf sıvısı geldiğini gözlemledik ve lenforenin azalmaması nedeniyle femoral bölgeyi revize etmeye karar verdik. Greftin üzerine ve boşlukları doldurmak amacıyla bölgeye kısmi sartorius flebi transfer edildi. Ameliyat sonrası lenfore sıvısının azalmadığı izlendi ve dren içerisinden gün aşırı 3 doz %1 aterosklerol enjeksiyonu ve kompresyon uygulandı. İşlem sonrası lenfore azaldı ve drenler çekilerek hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Günümüzde endovasküler tedavilerin başarılı sonuçları olsa da, sunduğumuz bu tür vakalarda, uzun vadeli ameliyat sonrası sonuçlar açısından cerrahi seçeneğin daha başarılı ve daha az travmatik olacağına inanıyoruz.

Anahtar sözcükler: Periferik vasküler hastalıklar, endovasküler prosedürler, komplikasyon.



Şekil 1. 3D BT anjiyografi ve Doppler ultrasonografi.



Şekil 2. Proksimal anastomoz, derin femoral arterin korunması ve stentin çıkartılması.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-021]

Biküspit aort kapağın Ozaki tekniği ile neoküspidizasyonu: Azerbaycan Merkez Askeri Hastanesi'nde ilk vaka

Elgin Hacizade¹, Cavid Ibrahimov¹, Samir Adıgozelzade¹, Rafik Xalilov¹, Kubilay Karabacak²

¹Azerbaycan Silahlı Kuvvetlerinin Merkezi Askeri Hastanesi, Azerbaycan

²GATA Ankara Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

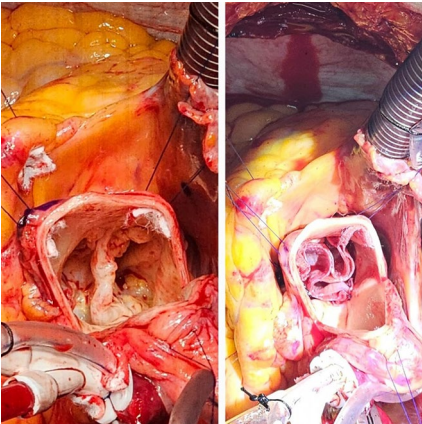
GİRİŞ VE AMAÇ: Aort kapak replasmanı, aort kapak hastalıkları standart tedavi olmaya devam ederken, son gelişmeler aort kapağını değiştirmek yerine yeniden yapılandırmaya odaklanan cerrahi yöntemleri ortaya koymuştur. Bu yöntemlerden biri Ozaki prosedürüyle aort kapak neoküspidizasyonudur.

YÖNTEM: Daha önce kolorektal kanser ve kemoterapi öyküsü, aort kapak darlığı nedeniyle semptomatik, vücut kitle indeksi (BMI) 35 olan 54 yaşında ve Azerbaycan Savunma Bakanlığının Merkezi Hastanesinde ilk AVNeo vakası olan kadın hastayı sunuyoruz. Transözofageal ekokardiyografi (TEE) incelemesinde, aort kapağının biküspit, oldukça kalsifiye ve aort kökünün dar olduğunu gözlemledik. Hasta ameliyat sonrası VKA kullanmak istemiyordu ve biyolojik kapak replasmanı durumunda, yüksek BMI ve dar aort anülüs nedeniyle ek olarak kök genişletme ameliyatı gerekecekti.

BULGULAR: Hastaya Dr. Ozaki'nin tarif ettiği standart teknik ile aort kapak neoküspidizasyonu uygulandı. Eşit büyüklükte üç kapakçık hazırlandı ve Ozaki'nin yöntemine göre yeni komissürler oluşturularak triküspitizasyon işlemi uygulandı. Kardiyopulmoner baypas (KPB) süresi 113, kros klemp zamanı 89 dakika oldu. İntraoperatif TEE yeni triküspit kapağının yüksek koaptasyon alanı olduğunu ve gradientlerin normale döndüğünü gösterdi. Altı aylık ve birinci yıl takip ekokardiyografisinde tepe ve ortalama basınç gradyanları normal olarak izlendi. Hastanın ameliyat öncesine nazaran BMI'nin 37,5'e çıkmasına rağmen PPM semptomlarının ortaya çıkmaması işlemin başarısının başka bir göstergesi oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ozaki ve arkadaşları tarafından aort kapakçıklarını yeniden yapılandırmak için geliştirilen teknik, standart teknik olması ile dikkat çekmektedir. Bu prosedür kapakçık açıklık alanını artırır ve aort kökünün doğal genişlemesine izin vererek sol ventrikül, aortik anülüs, ve valsava sinüsü arasında fizyolojik koordinasyonu korur. Sonuç olarak AVNeo çeşitli aort patolojileri için uygulanabilir bir tekniktir. Bu yaklaşım ameliyat sonrasında mükemmel hemodinamik sonuçlar sunarak uzun dönem antikoagülanlara olan ihtiyacı ortadan kaldırmaktadır. AVNeo işlemi ciddi öğrenme eğrisi gerektirse de, teknik adımları titizlikle takip ettiğinizde mevcut literatürle benzer sonuçlar verebilir.

Anahtar sözcükler: Aort kapak hastalıkları, aort kapak neoküspidizasyonu, ozaki tekniği.



Şekil 1. Ameliyat öncesi biküspit aort kapak ve ameliyat sonrası triküspidize edilmiş yeni kapak.



Şekil 2. Ameliyat sonrası TEE görüntüleri.

Asistan Bildirileri

[EP-023]

Embolektomi yaptığımız hastalarda takip sonuçlarımız

Burhan Küçük¹, Sadan Yavuz¹, Oğuz Omay¹, Ali Ahmet Arıkan¹, Özgür Çakır²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

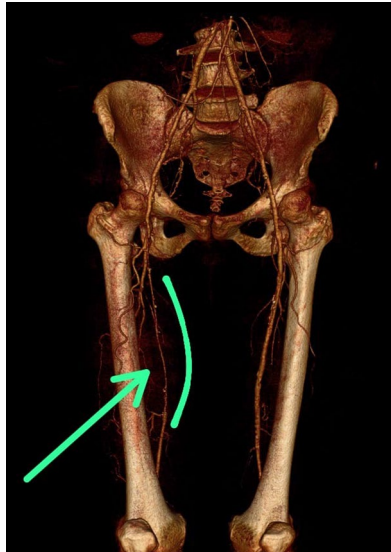
GİRİŞ VE AMAÇ: Arteriyel emboli, bir arterin içinde yer alan bir pıhtının, yabancı bir cismin veya diğer materyallerin damar boyunca hareket ederek arterin tıkanmasına yol açtığı bir klinik durumdur. Bu tıkanıklık, kan akışının kesilmesiyle ilgili dokularda oksijen ve besin maddesi yetersizliğine neden olarak ciddi iskemik hasar ve fonksiyon kaybına yol açabilir. Embolektomi, arterlerdeki pıhtıların cerrahi olarak çıkarılmasını amaçlayan bir prosedürdür. Ritm bozukluğu, altta yatan kanser, kalp içi trombus veya kitle gibi bir çok nedene bağlı olabilir.

YÖNTEM: Kliniğimizde tedavi edilen arteriyel emboli geçiren hastalarının demografik verileri ve takip sonuçları etik kurul alınmasının ardından retrospektif olarak incelenmiştir.

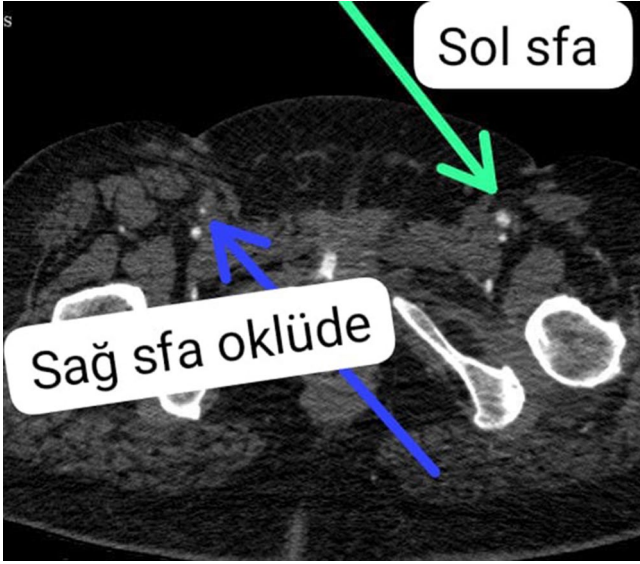
BULGULAR: 2010-2020 yılları arasında arteriyel emboli nedeniyle cerrahi müdahale uygulanan 85 hastanın yaş ortalaması 69 idi. Bu hastalardan 43'ü kadın, 42'i ise erkekti. Hastalardan 11'i antikoagülan ilaç kullanıyordu. Hastaların 26'sında diyabet mellitus (DM), 44'ünde hipertansiyon (HT), 26'sında atriyal fibrilasyon ve 12'sinde periferik arter hastalığı (PAH) mevcuttu. Tanıları, 16 hastada BT anjiyografi ile, 69 hastada ise Doppler ultrasonografi ile konulmuştur. Ortalama yoğun bakım yatış süresi 2 gün olmuştur. Ameliyat sonrası dönemde 11 hastada akut böbrek yetmezliği (ABY) tablosu gelişmiştir, taburculuk öncesi ABY tablosu düzelmiştir. Hastaların beşinde fasyotomi ihtiyacı olmuştur. Hastalardan 11'i iki yıl içinde uzuv kaybı yaşamıştır. Bu hastalardan ameliyat sonrası birinci yılında 22, ikinci yılında 14 ve üçüncü yılında iki hasta vefat etmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Arteriyel embolektomi, her ne kadar basit bir cerrahi müdahale gibi görünse de, altta yatan nedenler ve komplikasyonlar göz önüne alındığında yüksek morbidite ve mortaliteye yol açabilir. Bu durum, embolinin sadece damarın tıkanması ile sınırlı olmayıp, genellikle ciddi ve kompleks sistemik hastalıklara bağlı olduğunu gösterir.

Anahtar sözcükler: Arteriyel emboli, embeloktomi, BT anjiyo.



Şekil 1. Sağ SFA oklüzyonu görülmekte.



Şekil 2. Bilgisayarlı tomografi anjiyo.



Şekil 3. Bilgisayarlı tomografi anjiyo.



Şekil 4. Enbolektomi materyali.



Şekil 5. SFA oklüzyonundan çıkan trombüs materyali.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-024]

Timik kist ile birlikte semptomatik dev vena kava superior lipomunun cerrahi eksizyonu

Hasan Attila Keskin, Mehmet Selahattin Bayraktaroglu, Zeynep Uluşan Özkan, Abdulkahhar Şişman, Hasan Yiğit, Salih Fehmi Katircioğlu

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, Ankara

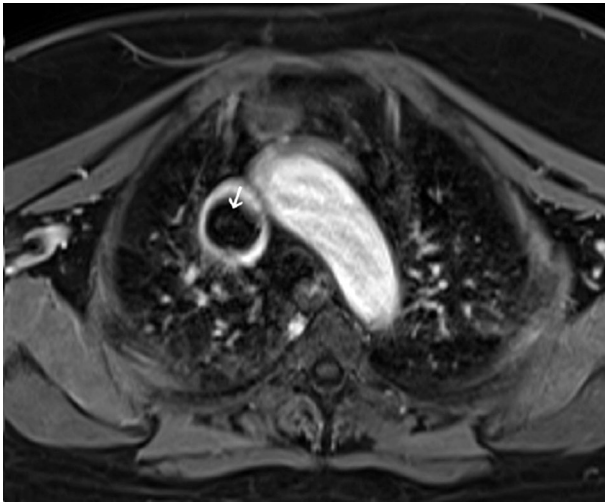
GİRİŞ VE AMAÇ: Lipomlar, en yaygın görülen yumuşak doku tümörlerinden olmasına rağmen intravasküler lokalizasyonda nadiren görülür. İntravasküler en sık vena kava inferior (VKİ) lokalizasyonunda görülür. İntravasküler lipom, vena kava superior (VKS) lokalizasyonda ise çok çok nadiren görülür. Vena kava superior lipomları hastada genellikle dispne, çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi şikayetlere sebep olmaktadır.

YÖNTEM: Acil sevice baş dönmesi şikayeti ile başvuran 65 yaşındaki kadın hastanın çekilen MR görüntülemesinde VKS içerisinde 38x25x23 mm boyutlarında sağ subklavian vene uzanan kitle ve anterior mediastende 55x45x23 mm boyutlarında timik kist teşhis edildi. Genel anesteziyi altında median sternotomi ve sistemik heparinizasyonu takiben aortabikaval kanülasyon ve çarpan kalpte kardiyopulmoner baypas tekniği ile ameliyat edildi.

BULGULAR: Hastanın ameliyatında herhangi bir sorun yaşanmadı ve ameliyat sonrası birinci gününde yoğun bakım ünitesinden servise nakledildi. Ameliyat sonrası altıncı günde servisten şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Semptomatik VKS'deki lipomlar çarpan kalpte kardiyopulmoner baypas tekniği ile başarı ile çıkartılabilir.

Anahtar sözcükler: İntravasküler, vena kava superior, lipom.



Şekil 1. Postkontrast yağ baskılı T1 ağırlıklı görüntülerde, kontrastla dolu vena kava superior içerisinde kontrastlanmayan, yağ sinyali baskılanmış lipom izlenmektedir.



Şekil 2. Lipom.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-025]

Retroperitoneal ve para-aortik Paraganglioma: Ameliyat öncesi embolizasyon ve cerrahi rezeksiyon

Hasan Reyhanoglu, Kaan Ozcan, Volkan Cakır, Mahsati Akhundova

Özel Tınaztepe Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, İzmir

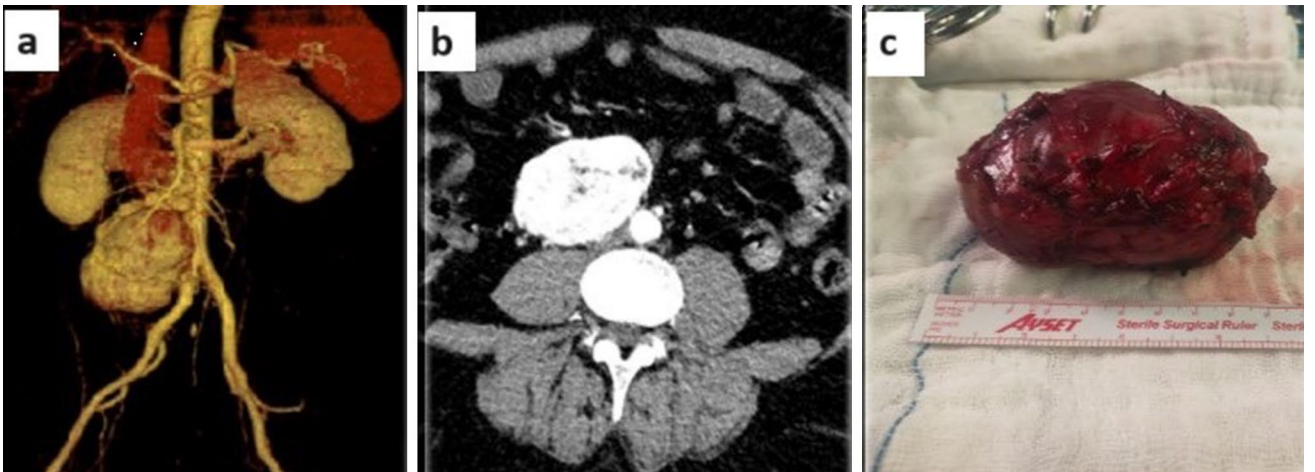
GİRİŞ VE AMAÇ: Retroperitoneal paraganliomalar sempatik sinirlerin kromoffin hücrelerinden orjin alan nöroendokrin tümörlerdir. Sıklıkla abdominal aorta ve vena kava inferior yerleşimli bu tümörler hipervaskülerite nedeniyle cerrahi sırasında masif kanamalara neden olabilmektedir.

YÖNTEM: Bu olgu sunumunda da hipervasküleritesi nedeniyle ameliyat öncesi embolizasyon yapılarak cerrahiye alınan bir retroperitoneal paraganlioma vakasını sunacağız.

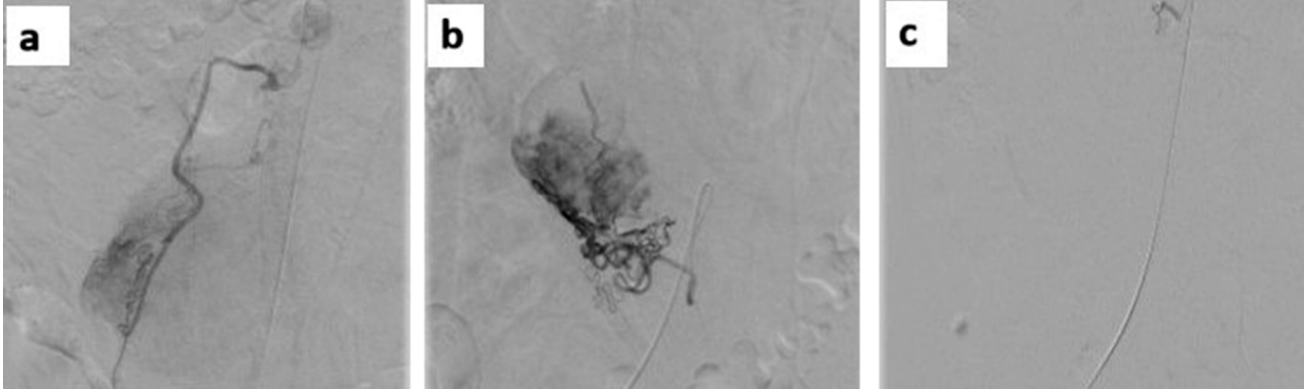
BULGULAR: Sağ üst kadranda ağrısı şikayetleri nedeniyle başvuran hastanın çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT) 87x68 mm boyutlarında, yoğun kontrastlanan ve sağ üretere yapışık paraortik solid kitle saptandı (Şekil 1a ve 1b). Cerrahi rezeksiyon planlanan hastada da tümörün hipervasküleritesinin cerrahi sırasında kanama riskini artıracak düşünülerek girişimsel radyoloji bölümü tarafından ameliyat öncesi, coil ve partikül ile embolizasyon yapıldı (Şekil 2a, 2b ve 2c). Cerrahi öncesi kitlenin sağ üretere yapışık olması nedeniyle üroloji kliniği tarafından ameliyat öncesi double-stent kateteri takıldı. Ameliyata alınan hastada laparotomi yapılarak retroperiton açıldı. Explorasyonda sağ böbreğin altında vena kava inferiora yapışık solid ve ileri derecede vasküler kitle saptandı. Künt diseksiyonla kitle vasküler yapılardan serbestleştirilerek tek parça olarak rezeke edildi (Şekil 1c). Rezeksiyon sonrası patolojik inceleme "paraganglioma" olarak rapor edildi. Üriner sistem ile ilgili komplikasyon gelişmeyen hastanın double-J stent kateteri çekildi. İzleminde bir sorun gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 6. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Retroperitoneal gangliomalar sıklıkla abdominal aorta ve vena kava inferior yerleşimli olup genellikle bu iki yapıya invazyon göstermeyen bu tümörlerdir. Tedavisinde standart tedavi cerrahi rezeksiyondur. Fakat laparoskopik cerrahi ile başarılı rezeksiyonlar da bildirilmiştir. Cerrahi rezeksiyon planlanan olgularda tümörün kanlanması dikkat edilmelidir. Vasküleritesi yüksek tümörler cerrahi sırasında masif ameliyat sırasında kanamalara neden olacağından bu hastalarda ameliyat öncesi yapılacak selektif embolizasyon hem tümörün rezeksiyonunu kolaylaştıracak hem de morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

Anahtar sözcükler: Retroperitoneal, tümör, paraganglioma.



Şekil 1. (a, b) Kontrastlı bilgisayarlı tomografide IVC ve abdominal aortun sağ tarafına lokalize tümör. **(c)** Tümörün rezeksiyon sonrası görünümü.



Şekil 2. (a, b) Tümörün embolizasyon öncesi hipervasküler yapısını gösteren anjiyogram. **(c)** Embolizasyon sonrası görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-028]

VCI ve renal vene invaze papiller böbrek hücreli karsinomda renal ven eksizyonu ve VCI onarımı: Olgu sunumu

Hüseyin Erdinç¹, İsmail Yurekli¹, Suat Şenkaya¹, Ogulcan Ozdemir¹, Anil Sarioglu¹, Eda Meriç¹, Haydar Yasa¹, Deniz Bolat², Habib Cakir¹

¹S.B İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

²S.B İzmir Şehir Hastanesi, İzmir

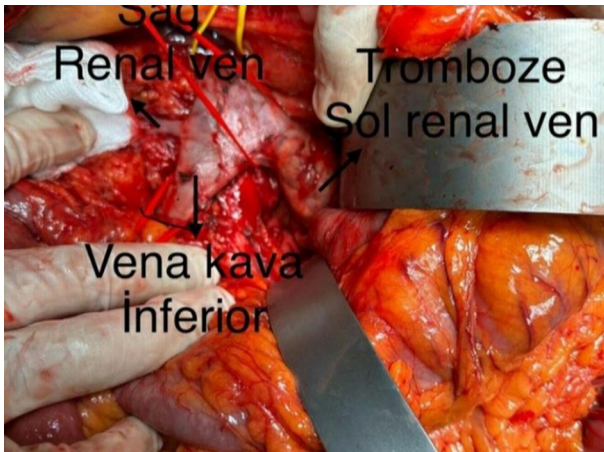
GİRİŞ VE AMAÇ: Böbrek tümörleri tüm kanserlerin %4,2'sini oluşturmaktadır. Tüm kanser ölümlerinin %2,4'ünü içermektedir. Böbrek tümörlerinin %90'ı parankimden, %5-10'u ise kaliks ve pelvis renalisten kaynaklanır. Papiller renal hücreli karsinom, yetişkinlerde en sık görülen ikinci böbrek kanseri türüdür. Bu olgumuzda vena kava inferior (VKİ) ve renal ven invaze olmuş papiller böbrek hücreli karsinom tanılı olgumuz sunulmaktadır.

YÖNTEM: 67 yaşında erkek hasta son bir aydır var olan idrarda kan görme şikayeti ile üroloji polikliniğe başvurmuş. Yapılan görüntülemelerde sol böbrek lojunda 17x13x14 cm boyutlu solid kitle izlenmiş, lezyonun renal vene invaze olduğu renal ven boyunca ilerleyerek VKİ'ye ulaştığı görülmüş (Şekil 1). Hastaya cerrahi işlem planlanmıştır.

BULGULAR: Üroloji tarafından sol nefrektomi ameliyatına alınan hastaya ameliyat sonrası tarafımızca dahil olunmuştur. Tarafımızca sol renal venin ve VKİ'nin invaze olan kısımları eksize edilip VKİ primer suture edildi. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta 10. gün şifa ile taburcu edildi. Alınan örnek patoloji tarafından 19x13x9 cm boyutunda, renal ven ve perirenal yağ dokuya invaze olduğu, tümör ile adrenal gland arasında 0.1 cm salim zon olduğu görülmüştür (Şekil 2). Papiller böbrek hücreli karsinom(Fuhrman grade 3) olarak raporlanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Görüntüleme tekniklerinin ilerlediği ve tekniklere erişimin kolaylaştığı bu dönemlerde kanser hastalarının tanı alması kolaylaşmış ve erken tanı ihtimalleri artmıştır. Gelişmiş merkezlerde multidisipliner yaklaşım ile birden farklı cerrahi ekibin katılımıyla büyük damar invazyonu olan tümörler eksize edilerek cerrahi başarı oranı artmıştır.

Anahtar sözcükler: Papiller böbrek hücreli karsinom, renal ven, vena kava inferior.



Şekil 1.



Şekil 2.

Asistan Bildirileri

[EP-031]

Çift kapak replasmanı sonrası kardiyopulmoner baypastan ayrılamayan hastada tanı: Olgu sunumu

Mukan Kağan Kuş, Burak Bozkurt, Talib Durak, Mehmet Erdem Memetoğlu, Mehmet Kaplan

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

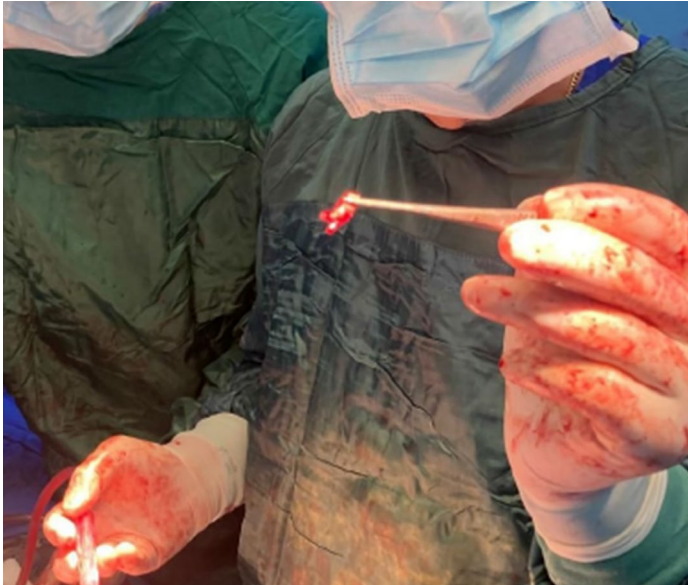
GİRİŞ VE AMAÇ: Çift kapak replasmanı, sol atriyal trombüs çıkarılması ve sol atriyal appendiks kapama ameliyatı sonrası hasta kardiyopulmoner baypas (KPB)'tan ayrılamayınca transözofageal ekokardiyografi (TEE) ile değerlendirildi. Sunumdaki amacımız KPB'den ayrılamayan olguda komplikasyonun tanısını ortaya koyup çözüme gitmek.

YÖNTEM: 37 yaşında semptomatik ileri aort yetersizliği ve ileri mitral darlığı ve ejeksiyon fraksiyonu %40 olan hasta ameliyata alındı. Median sternotomi sonrası asendan aorttan arteriyel, bikaval venöz kanülasyon yapıldı. Sağ üst pulmoner venden vent konuldu. Kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandı. Sol atriyotomi ile sol atriyal trombüs temizlendi ve sol atriyal appendiks kapatıldı. Aort kapak ve mitral kapak replasmanı sonrası kros klemp alındı. Yeterli support süresi sonrası yüksek doz inotropa rağmen KPB'den ayrılamayan hastaya TEE yapıldı. Sol ventrikül kontraksiyonunun çok zayıf olduğu görüldü. Sağ ventrikül kasılması yeterliydi. Tekrar kros klemp konuldu, kan kardiyoplejisi tekrarlandı ve aortotomi açıldı. Sol ana koroner ostiumundan yaklaşık 2x2 cm boyutlarında organize trombüs çıkarıldı. Kros klemp alınması sonrası hasta KPB'den düşük doz inotrop ile ayrıldı.

BULGULAR: Hasta ameliyat sonrası dönemde düşük doz inotrop ihtiyacı sebebi ile iki gün yoğun bakımda kaldıktan sonra servise çıkarıldı. Ameliyat sonrası 2. haftasında taburcu oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çift kapak replasmanı sonrası KPB'den ayrılamayan hastada nedene yönelik inceleme yapılmalıdır. Endikasyonun doğru olduğu, miyokardiyal korumanın uygun yöntemle yapıldığı hastada KPB'den ayrılamamanın mutlaka organik bir nedeni olacağı düşünüldü. Sol atriyal appendiksten temizlenen organize eski trombüs materyallerinden bir parçanın mobilize olup sol koroner ostiuma gittiği ve oklüde ettiği düşünüldü. Literatürde sıradışı bir komplikasyon olarak yerini alması gerektiğini düşündük.

Anahtar sözcükler: Çift kapak replasmanı, trombüs.



Şekil 1. Sol koroner ostiumdan çıkarılan materyal-1.



Şekil 2. Sol koroner ostiumdan çıkarılan materyal-2.

Asistan Bildirileri

[EP-032]

Kardiyak okronozis: Olgu sunumu

Mukan Kağan Kuş, Talib Durak, Burak Bozkurt, Yücesin Arslan, Mehmet Kaplan

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

GİRİŞ VE AMAÇ: Okronozis, homojentisik asit oksidaz enziminin defekti ile seyreden tirozin metabolizma bozukluğudur. Klinik olarak en sık spondiloartropati, büyük eklemlerde artrit, kıkırdaklarda siyah pigmentasyon ve alkaptonüri ile karşımıza çıkar. Bu olgu sunumunda daha önce tanı almamış bir hastada açık kalp cerrahisi sırasında tanısını koyduğumuz okronozisi sunacağız.

YÖNTEM: Semptomatik ileri aort ve mitral stenozu olan 60 yaş erkek hastanın daha önceden bilateral diz protezi ameliyatı öyküsü mevcut. Ameliyata alınan hastada median sternotomi yapıldı. Sternum periostunun siyah olması dikkat çekiciydi. Asendan aorttan arteriyel ve bikaval venöz kanülasyonun ardından aortik kros klemp konuldu. Kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandı. Aortotomi yapıldı. Aortun endotel tabakasının tamamen siyah ve frajil olduğu görüldü. Kapak rezeksiyonuna başlandı. Aort kapak, mitral kapak anterior leaflet, aortikomitral devamlılık ve koroner ostiumların blok kalsifik ve siyah olduğu görüldü. Sağ ve sol fibröz trigon korunarak, aort kapak, mitral kapak ve aortikomitral curtain rezeke edildi. Mitral kapak posterior anulusuna pledgetle dikişler ile mitral prostetik kapak yerleştirildi. Dacron greft parçası, mitral kapak anterior anulusunu, aort kapak non koroner anulusunu ve sol atrium tavanını oluşturacak şekilde sütürize edildi (Commando prosedürü). Koroner ostiumlar mobilize edilemediği için Cabroll prosedürü ameliyata eklendi. Kros klemp alındı. Yeterli süre ve inotropa rağmen hasta kardiyopulmoner baypastan ayrılamayarak eksitus oldu.

BULGULAR: Sternum periostu, aortun endotel tabakasında ve kalp kapakçıklarında yaygın siyah görünüm dikkati çekti. Rezeke edilen kapak parçaları patolojiye gönderildi. Okronozis tanısı konuldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Okronozis, tirozin metabolizmasındaki enzim defekti sonucu bağ dokuda siyah depositlerle seyretmekte ve kardiyak tutulum en sık aort stenozu olarak karşımıza çıkmaktadır. Eşlik eden mitral stenoz ve yaygın kalsifikasyon hastamızda kötü prognoza yol açmıştır.

Anahtar sözcükler: Kardiyak okronozis, Cabroll prosedürü, Commando prosedürü, siyah renkli aort.



Şekil 1. Kardiyak okronozis.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-033]

Hemofili B hastasında koroner baypas cerrahisi

Yüksel Dereli¹, Abdullah Güner²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fak. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Konya

²S.B. Konya Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Konya

GİRİŞ VE AMAÇ: Hemofili hastalarında hemoreolojik kontrol önemli bir problemdir. İleri yaşta bu hastalarda kardiyovasküler hastalık geliştiğinde bu duruma antikoagülan tedavi yönetimi zorluğu da eklenmektedir. Bu çalışmada koroner baypas ameliyatı uygulanan bir hastada antikoagülan tedavi yönetimindeki deneyimimizi sunuyoruz.

YÖNTEM: Göğüs ağrısı şikayeti ile hastanemiz kardiyoloji kliniğine başvuran 66 yaşındaki erkek hastaya yapılan KAG'de tespit edilmiş dört damar hastalığı nedeniyle koroner baypas cerrahisi önerilerek kliniğimize devredildi. Hastanın anamnezinde Hemofili B hastalığı olduğu ve rekombinat FIX tedavisi altında olduğu, ayrıca DM ve HT öyküsü mevcuttu. Yapılan EKO'da EF'nin %60 olduğu ve ilave majör kapak patoloji olmadığı tespit edildi. Hasta ameliyat öncesi dönemde Hematoloji ve Endokrinoloji klinikleri ile konsülte edildi. Anti FIX inhibitörü negatif olan hastaya hematoloji kliniği tarafından ameliyat öncesinde 72 IU/kg FIX uygulanması ve ameliyat sonrasında kanama durumuna göre 3 gün boyunca 12 saatte bir 36 IU/kg FIX tedavisi uygulanması önerildi. Hastaya bu öneriler doğrultusunda standart on-pump koroner baypas cerrahisi protokolleri ile 4 damar baypas işlemi uygulandı.

BULGULAR: Yoğun bakım ünitesindeki takibinde ameliyat sonrası 1. gün 300 cc drenajı oldu ve hematoloji kliniği ile birlikte değerlendirilerek 6000 IU (72 IU/kg) FIX tedavisi uygulandı. Hastanın ameliyat sonrası yoğun bakım ve servis takibinde ilave problem görülmedi. Hasta ameliyat sonrası 6. gün kardiyoloji ve hematoloji kliniklerinin de önerileri alınarak gerekli medikal tedavisi düzenlendi ve taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatürde hemofili hasta popülasyonunda kardiyak cerrahi uygulanan az sayıda vaka bildirisi bulunmaktadır. Bu hastalarda en önemli problem olarak hemoreolojik kontrol ve perioperatif antikoagülan tedavi yönetimi görülmektedir. Bu hastalarda kalp damar cerrahisi, hematoloji ve anestezi kliniklerinden oluşan bir kalp takımı yönetimiyle kalp cerrahisi güvenle yapılabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Hemofili, KABG.

Asistan Bildirileri

[EP-034]

Geç tanı alan, paradoksal emboli sebebi: Patent foramen ovale

Huseyin Demirtas, Abdullah Özer, Eda Nur Yiğiter, Emre Dursun, Yusuf Ünal

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

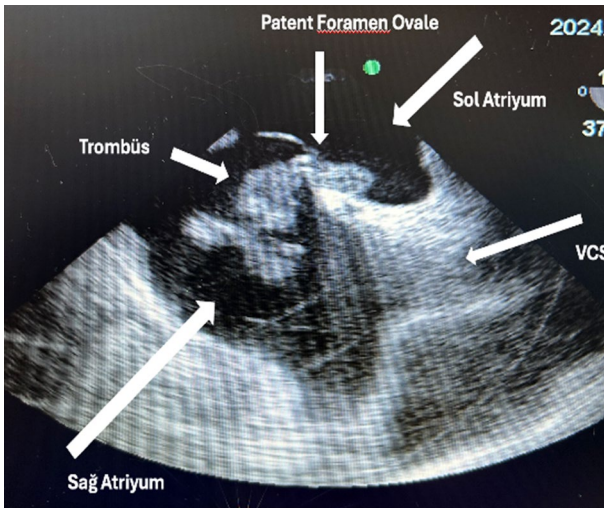
GİRİŞ VE AMAÇ: İskemik inmelerin %40'ından fazlasının tanımlanabilir nedeni yoktur ve kriptojenik olarak sınıflandırılır. Sağdan sola şant yoluyla oluşan paradoksal emboli, kriptojenik inmenin bir nedeni olarak gösterilmiştir. Şantın en yaygın nedeni olan patent foramen ovale (PFO), ekokardiyografi veya transkraniyal Doppler görüntüleme sırasında ajite salin baloncuk çalışması ile noninvaziv olarak tespit edilebilir. Patent foramen ovale; tromboembolizm, paradoksal embolizm, inme, platipnortodeoksi, dekompresyon hastalığı ve migrende klinik önemi olan, embriyolojik gelişimin sık görülen bir kalıntısıdır.

YÖNTEM: Biz raporumuzda 74 yaş serebrovasküler olay (SVO) ile başvuran ve etyolojisi bulunmayan erkek hastanın başvuru sonrası venöz sistemde trombüs/emboli saptanması ile paradoksal emboli düşünülmesi üzerine uyguladığımız takip ve tedavi yöntemlerini paylaştık.

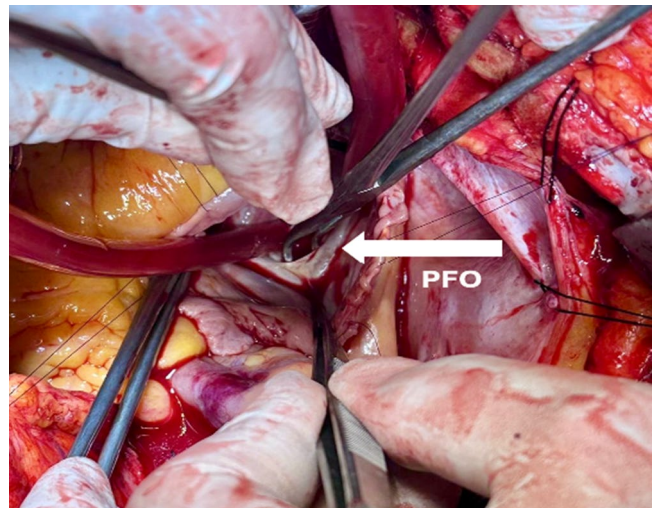
BULGULAR: Tip2 Diyabetes Mellitus ve hipertansiyon ile takipli 74 yaş erkek hasta düşme sonrası intrakranial kanama sebebiyle nöroloji bölümünde takip edilmiş. Taburculuk sonrası üçüncü ayda ani bilinç değişikliği, konuşmada peltekleşme gelişmesi üzerine çekilen tomografide MCA trombüsü saptanarak trombektomi işlemine alınmış. Ameliyat sonrası yoğun bakım takiplerinde solunum sıkıntısı yaşayan hastaya çekirilen toraks BTA'da pulmoner tromboemboli (PTE) ile uyumlu dolum defekti saptanmış. PTE saptanan hastada etyolojiye yönelik olarak çekirilen bilateral alt ekstremité venöz Doppler USG'de ise akut-subakut derin ven trombozu (DVT) tespit edilmiş. Hastada eş zamanlı DVT, PTE ve iskemik SVO öyküsü bulunması sebebiyle kardiyak etyoloji araştırılması yapılmış; Transtorasik ekokardiyografi'dir (TTE)'de patoloji saptanmamış. TEE'de ise inferior vena kava (İVK)'dan sağ atriya, İAS'den sol atriya uzanan masif boyutta trombüs izlenmiş. Hastada 0.5 cm'lik PFO görülmüştür. Hastaya ivedi cerrahi planlanmıştır. Başarılı ameliyat sonrası 7. gününde 2x6000 unit DMAH ile sekelsiz taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Patent foramen ovale yapısının erişkin dönemde birçok hastalıkla ilişkili olabileceğinden erken dönem takip-tedavisi önemli olup, erişkin yaşlarda SVO-paradoksal emboli etiyolojisi araştırmada göz ardı edilmemesi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Kriptojenik inme, paradoksal emboli, patent foramen ovale.



Şekil 1. Ameliyat sırası transözofageal ekokardiyografi bikaval görüntü.



Şekil 2. Ameliyat sırası patent foramen ovale görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-035]

Dev sol atriyumun cerrahi yönetimi

Melih Alma, Ahmet Aydın

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

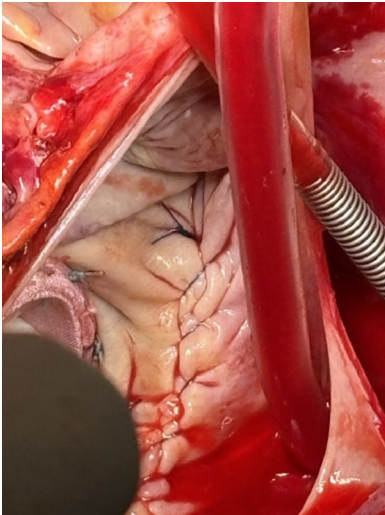
GİRİŞ VE AMAÇ: Dev sol atriyum (GLA), romatizmal mitral kapak hastalığı ile yakından ilişkili nadir bir durumdur. Dev sol atriyumda cerrahinin amacı, mitral kapak anormalliklerini düzeltmek, kompresyon belirtilerini tedavi etmek, tromboembolizmi önlemek ve atriyal fibrilasyonu normal sinüs ritmine döndürmektir. Sol atriyum boyutunu mitral kapak replasmanı ile küçülterek basınç etkisinin azaltılmasının ameliyat sonrası süreç üzerinde olumlu bir etkisi olduğu iddia edilmektedir.

YÖNTEM: 67 yaşında kadın hasta, bilinen kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, mitral darlık, pulmoner hipertansiyon tanıları ile takip edilirken efor dispnesi şikayeti ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde ciddi mitral darlık ve eşlik eden dev sol atriyum (17cm*13cm) görüldü hastaya mitral kapağa müdahale kararı alındı. Hasta ameliyata alındı. Süperior vena kava (SVK) selektif kanüle edilerek KPB'ye geçildi. Superior septal yaklaşımla mitral kapağa ulaşıldı (Şekil 1). Kapak ileri derece füzyon örneği gösteriyordu ve doku fibrotikti, tamire uygun bulunmadı. Maze prosedürü uygulandı. 31 Numara biyolojik mitral kapak replase edildi. Genişlemiş sol atriyum dokusu pulmoner venlere doğru plike edilerek kapatıldı (Şekil 2). Triküspid kapak değerlendirildi ve tethering örneği gösteren kapak replase edildi. KPB'den sorunsuz çıkıldı. ameliyat sonrası bir günlük yoğun bakım izleminin ardından servise alındı ve ameliyat sonrası 6. gününde taburcu edildi.

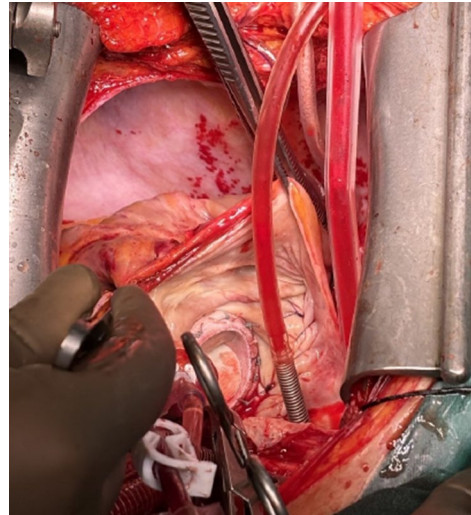
BULGULAR: Dev atriyumun yönetimi cerrahidir ve cerrahinin amacı, mitral kapak anormalliklerini düzeltmek, kompresyon belirtilerini tedavi etmek, tromboembolizmi önlemek ve atriyal fibrilasyonu normal sinüs ritmine döndürmektir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatür, sol atriyumun, ameliyat edilebilir mitralkapak hastalığı ile birlikte olduğunda ve kronik atriyalfibrilasyon için maze prosedürü uygulandığında küçültülmesi gerektiğini göstermektedir. Boyut küçültmenin en basit yöntemi, inferior sol atriyum duvarının plikasyonudur. Sol atriyal yeniden şekillendirme, komşu organlar üzerindeki basınç semptomlarını azaltabilir ve sinüs ritmini yeniden sağlama ve sürdürme yeteneği ile erken ameliyat sonrası süreci iyileştirebilir.

Anahtar sözcükler: Dev sol atriyum, mitral kapak.



Şekil 1. Ameliyat sırası.



Şekil 2. Ameliyat sırası görüntü.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler**[EP-036]****Nadir bir aortik ark anomalisi: Bilateral common karotis arter agenezisi****Ekin İlkeli¹, Cemal Kocaaslan²**¹Özel Çağsu Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Bolu²Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

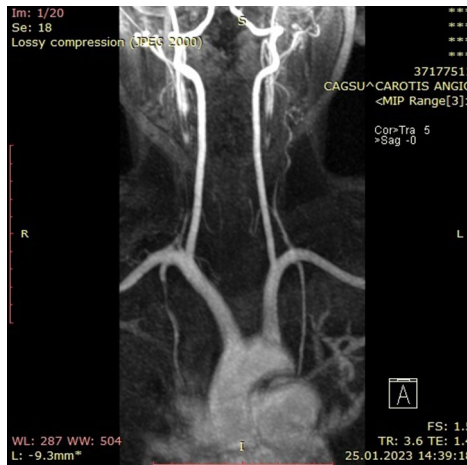
GİRİŞ VE AMAÇ: Anatomist Thomas Wills'in 1664'te beyin dolaşımını tanımladığından beri ve bugüne kadar klinisyenler atipik beyin dolaşımı, karotis anomalileri hakkında ilginç vakalar bildirmişlerdir. Bu vaka bilateral common karotis arterlerin total yokluğu ve aortik ark'tan karotislerin oluşmaması açısından ilginçtir. Literatürde erişkin bilateral total common karotis agenezisi daha önce yayınlanmamıştır.

YÖNTEM: 21 yaşında kadın hasta baş ağrısı şikâyetiyle kardiyovasküler kliniğimize başvurdu. Elektrokardiyografi (EKG) sinüs ritmi (NSR) ve nörolojik muayene bulguları normaldi. Baş dönmesi, uyuşma veya koordinasyon bozukluğu şikâyeti yoktu. Ailede önemli bir tıbbi öykü yoktu. Muayene sırasında bilateral karotis nabız yokluğu gözlemlendi.

BULGULAR: Renkli Doppler ultrasonografide bilateral common, internal veya eksternal karotis arterler görüntülenemedi. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans anjiyografi (MRA) renkli Doppler ultrasonografi bulgularını doğruladı. Doğrudan aortik ark'tan ve brakiosefalik gövdeden kaynaklanan common karotis arter (KKA) gözlenmedi (Şekil 1). Konvansiyonel anjiyografi de karotis arterler visualize edilemedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Karotis anomalileri; sıklıkla konjenital aplazi, hipoplazi ve aortik ark anomalileri, karotis kanal ve primitif karotis-baziler anastomoz gibi kalıtsal bozukluklar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Karotis arterlerin (CCA) agenezisi kranial de karotis kanalın oluşmaması veya aortik arkın embriyonik anormalisi ile ilişkilidir. Çok sayıdaki vasküler bozukluk metalloproteazların eksikliği ile ilişkilendirilmiştir. Embriyonik vasküler sistemin ilk aşamalarındaki spesifik işlevsel amaçları bilinmemektedir. Embriyonik aortik ark (AOAR) ve kranial nöral krest hücrelerinin (CNCC'ler) vasküler düz kas hücrelerine gelişiminin, metalloprotein eksikliği varlığında anormal olduğu ortaya çıkmıştır. Yetişkinlerde bilateral common (CCA)'nın total agenezisi, bildiğimiz kadarıyla literatürde daha önce bildirilmemiştir. Özellikle karotis muayenesi, arteriyel değerlendirme için çok önemli bir klinik tekniktir. Karotis arterlerin incelenmesi karotis anomalileri, sol ventrikülün sistolik fonksiyonu, sistolik kan basıncı, aritmiler ve çeşitli kalp kapak hastalıkları hakkında da önemli bilgiler verebilir.

Anahtar sözcükler: Karotis arter, aortik ark, agenezi, konjenital.



Şekil 1. Manyetik rezonans anjiyografi de bilateral CCA'nın aortik ark'tan gelişmediği/agenезisi ve bilateral dilate vertebral arterler görünmektedir.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-037]

Intraoperatif acil konsültasyonlarda vasküler cerrahinin rolü

Ayşegül Durmaz, Ali Ahmet Arıkan, Sibel Gur, Oğuz Omay, Muhip Kanko

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ: Vasküler cerrahlar, cerrahi tedavide multidisipliner yaklaşımın önemli bir parçasıdır ve sıklıkla acil yardım sağlamak için ameliyat sırası olarak çağırılırlar. Çalışmamızda tek bir üçüncü basamak merkezde acil ameliyat sırası konsültasyonlarda sağlanan desteğin boyutlarını tanımlamayı amaçladık.

YÖNTEM: Yaklaşık 4 yıllık süreçte (1 Ocak 2017 - 31 Aralık 2020) hastanemizde ameliyat sırası olarak konsülte edilen hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: İncelemede toplam 40 olguda, ameliyat sırası acil vasküler cerrahi konsültasyonu istendiği görüldü. Hastaların %55'i kadın, %45'i erkek, ortalama yaşları 48,83'tü. Hastaların %25'inde çeşitli komorbiditeler mevcuttu, %67,5 malignite nedeniyle takip ediliyordu. Hastaların %7,5'i ameliyat öncesi antikoagülan kullanıyordu. Hastaların %90'ı elektif cerrahiye alınmıştır, %77,5'i onkolojik rezeksiyon nedenlidir. Acil veya elektif hastalar ile ameliyat sırası acil vasküler konsültasyonlar arasında anlamlı istatistiksel ilişki yoktu. En sık ameliyat sırası konsültasyon gerektiren cerrahi uzmanlık dalı, kadın doğum ve jinekolojydi (%32). Konsültasyon nedenleri arasında vasküler yaralanmalar (%37,5), eksplorasyonda (%32,5) ve diseksiyonda (%15) yardım talepleri (%32,5), ve aktif kanamanın kontrolü (%12,5) yer almaktadır. En sık müdahale edilen vasküler yapılar %57,5 ile venöz ve %42,5 ile arteriyeldi. Konsültasyona konu sahalar en sık alt ekstremitte venleri (%47,5), en sık yaralanan vasküler yapı ise inferior vena kava (İVK) idi. Kontrol edilemeyen kanamalarda tedavi tercihimiz %40 vasküler ligasyon, %60 revaskülarizasyondur. Hastaların %50'sine kan ve kan ürünü transfüzyonu yapıldı. Hastaların ameliyat sırası acil vasküler cerrahi konsültasyon nedenleri ile vasküler cerrahların tedavi seçenekleri ve transfüzyon ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. Hastaların, %55'i ameliyat sonrası yoğun bakıma alındı. Hastalarda ameliyat sonrası vasküler komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Acil ameliyat sırası komplikasyonlarda, vasküler cerrahlar farklı anatomik bölgelerde çok çeşitli beceri ve teknikler kullanırlar. Çalışmamız, modern vasküler cerrahlar için gereken geniş bilgi ve beceri yelpazesine vurgu yapmaktadır.

Anahtar sözcükler: Vasküler cerrahi, acil, ameliyat sırası.

Tablo 1. Demografik ve ameliyat öncesi veriler		
	Yüzde	Ort.±SS
Yaş		48.83±21.4
Cinsiyet		
Erkek	45.0	
Kadın	55.0	
Ek hastalıklar	25 (+)	
Hipertansiyon	17.5	
Diabetes mellitus	12.5	
Atriyal fibrilasyon	7.5	
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	2.5	
Myastenia gravis	2.5	
Antikoagülasyon kullanımı	7.5 (+)	
Yeni nesil oral antikoagülanlar	5.0	
Düşük molekül ağırlıklı heparin	2.5	
Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) fiziksel durum sınıflandırma sistemi		
ASA 1	22.5	
ASA 2	40.0	
ASA 3	37.5	

Tablo 2. Ameliyat sırası ve sonrası takip verileri		
	Yüzde	Ort.±SS
Transfüzyon	50.0	
Eritrosit süspansiyonu	50.0	
Taze donmuş plazma	25.0	
Trombosit süspansiyonu	5.0	
Ameliyat süresi (dk.)		240.79±111.21
Ameliyat sonrası takip		
Yoğun bakım ünitesi	55.0	
Servis	45.0	
Tekrar ameliyat ihtiyacı	5.0 (+)	
Komplikasyon	22.5 (+)	
Hastanede yatış süresi (gün)		13.05±9.92
Taburculuk sonrası 30 gün içerisinde yeniden yatış ihtiyacı	7.50 (+)	
Sonuç		
Şifa	92.5	
Transfer	2.50	
Ölüm	5.00	

Asistan Bildirileri

[EP-038]

Aort ve mitral kapak darlığının nadir rastlanan bir nedeni: Alkaptonüri

Oguzhan Semercioglu, Kamil Boyacioglu, Bülent Mert, Berk Özkaynak

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Alkaptonüri hastalığının nadiren kalp kapaklarında ciddi derecede darlığa yol açabilmektedir. Bu çalışmamızda ileri aort ve mitral kapak darlığı nedeni ile ameliyat edilen ve etiyolojisi ameliyat sırasında alkaptonüri olduğu tespit edilen hastamızı sunacağız.

YÖNTEM: Hastaya standart yöntemlerle aort ve mitral kapak replasmanı yapıldı ve rezeke edilen parçalar patolojiye yollandı. Ayrıca ameliyat sonrası dönemde hastanın idrar analiz testinde hemogentisik asit düzeyine bakıldı.

BULGULAR: Hastanın ameliyat sırasında sternumunda, aortotomi yapıldığında aortun tüm iç çeperinde ve aort kapağında ve ayrıca mitral kapağında siyah renkte pigmentasyonlar, kardiyovasküler okronozis saptandı. Patoloji raporlarında aort ve mitral kapak örneklerinde mikroskopik olarak kahverengi pigment birikimleri saptanmış olup idrar testinde de hemogentisik asit düzeyleri yüksek miktarda (2137mmol/molkre-referans aralığı 0-1) tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Alkaptonüri, nadir görülen otozomal resesif bir metabolizma hastalığı olup tirozinin metabolik degradasyonuna neden olan homogentisik asit oksidaz enzimin defektine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sıklığı 1/250000 ile 1/1000000 olarak değişiklik göstermektedir. Dokularda, homogentisik asit birikimine neden olarak pigmentasyonlara sebebiyet verir. Kardiyovasküler okronozis tüm kardiyak dokuları etkilese de en çok aort içerisinde pigmentasyonlar olarak görülmektedir ve özellikle kalp kapaklarında daralmaya sebep olmaktadır. Bu durumun patofizyolojisinde muhtemelen okronotik pigmentlerin yaygın bir şekilde ekstraselüler bölgede birikmesidir. Hastamız daha önce ortopedik ve omurga problemleri yaşamış olup bunla ilgili bir çok ameliyat olmuş fakat tanıyı ilk defa kalp kapaklarındaki darlıklara bağlı geçirdiği ameliyat ile almıştır. Okronotik patofizyoloji operatif mortalite ve morbiditeyi etkilemese de kalp kapak cerrahisi sırasında dokularda siyah pigmentasyonlar görülmesi eğer daha evvel bir tanısı yoksa aklımıza alkaptonürü getirmeli ve gerekli tetkikleri yapmalıyız.

Anahtar sözcükler: Okronozis, hemogentisik asit, siyah pigmentasyon, cerrahi.



Şekil 1. Okronotik kalp kapakçıkları.



Şekil 2. Asendan aort iç çeperi ve aort kapak anülüsünde ameliyat sırası görülen siyah pigmentasyonlar.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-039]

Vena kava inferiorda kalan santral venöz kateter telinin geç dönemde perkütanöz yolla çıkartılması

Oguzhan Semercioglu, Sefa Eltutan, Ibrahim Gurkan Komurcu, Kamil Boyacıoğlu

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

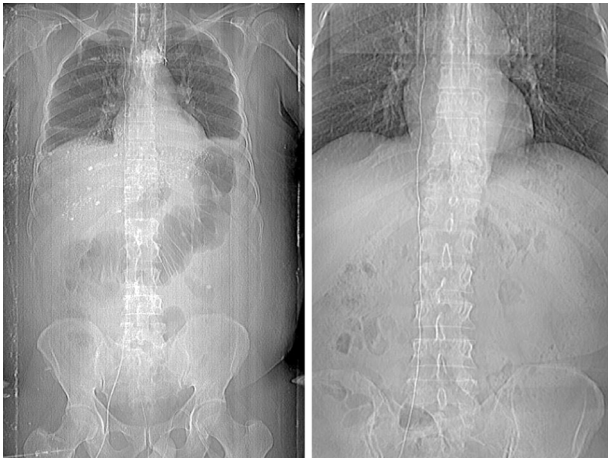
GİRİŞ VE AMAÇ: Endovasküler ve/veya perkütan işlemlerden sonra kullanılan teller nadiren kazara hastanın içinde kalabilmektedir. İki sene evvel pankreatit nedeni ile yoğun bakıma yatan hastanın femoral venden takılan santral venöz kateter teli rutin takiplerinde saptanmıştır. Şikayeti olmamasından dolayı bu şekilde takip edilen hastaya Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılması planlanmış olup telin çıkartılması için tarafımıza danışılmıştır. Bu çalışmada perkütan olarak bu telin çıkartılmasını sunacağız.

YÖNTEM: Proksimal, yumuşak ucu vena kava inferiorun sağ atriума döküldüğü yerde olup distal, sert ucu da sağ ana femoral ven de bulunan santral venöz kateter teli sol süperfisiyal femoral venden pekütan olarak diagnostik snare yardımı ile yakalanıp çıkartılmıştır. Sol ana femoral ven kanüle edildikten sonra hidrofilik tel diğer telin proksimaline gitmiş sonra da snar ile bu bölgeden yakalanmıştır. Yakalandıktan sonra sol femoral vene doğru çekilen telin proksimalindeki yumuşak örgü kısmı mid segmentteki sert yere kadar soyulmuştur ve daha sonra biraz mukavemet gösterek tüm tel dışarı alınmıştır. Herhangi bir komplikasyon yaşanmamıştır.

BULGULAR: Telin zaman içinde distale doğru migrasyona uğradığı kontrol grafilere bakıldığında görülmektedir. İlk içeride kaldığında proksimal vena kava süperior seviyesinde iken üç ay sonra sağ atriüm vena kava superior bileşkesinde, sekiz ay sonra da tamamen vena kava inferior içine doğru yer değiştirmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Perkütan işlemler sırasında damar içerisinde kalan teller endovasküler olarak yakalanıp kolaylıkla çıkartılabilmektedir. Bu komplikasyon olduğu an çıkartılma işlemi yapılmalıdır aksi halde derin ven trombozu gibi vasküler komplikasyon olabilir ve gecikmiş çıkartılma durumunda telin proksimalindeki örgü kısmı soyulup işlemi güçleştirebilir.

Anahtar sözcükler: Endovasküler, komplikasyon, intravasküler yabancı cisim.



Şekil 1. Sol ana femoral venden vena kava süperiora uzanan kılavuz tel.



Şekil 2. Zaman içinde migrasyona uğrayıp daha distale yer değiştiren kılavuz tel, proksimal vena kava inferiora ve distali de süperfisiyal femoral vende.

Asistan Bildirileri

[EP-040]

Mitral kapak replasmanı yapılan ve warfarin kullanan hastada ciltde oluşan ekimozlar ve lökositoklastik vaskülit

Burhan Küçük, Şadan Yavuz, Metin Ergül, Canbolat Mert Holat, Gözde Kürkcü, Mustafa Canikoğlu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ: Lökositoklastik vaskülit, küçük damarların iltihaplanmasıyla karakterize edilen bir vaskülit türüdür. Bu tür vaskülit, genellikle ciltte ortaya çıkan semptomlarla kendini gösterir ve damar duvarında lökosit birikmesi sonucu meydana gelir. Lökositoklastik vaskülit ciltte küçük, purpura ile kendini gösterir. Bu döküntüler, özellikle alt ekstremitelerde yoğunlaşabilir. Ayrıca, kaşıntı, ağrı ve şişlik gibi ek semptomlar da görülebilir. Döküntüler bazen birleşerek büyük alanları etkileyebilir.

YÖNTEM: 61 yaşında bir erkek hasta bilinen diyabetes mellitus (DM) (HbA1C: 8,3), hipertansiyon (HT) hastalıkları mevcut, iki ay önce mitral kapak replasmanı geçirmiştir. Hastada, özellikle alt ekstremitelerde olmak üzere yaygın döküntüler ortaya çıkmıştır. İlk başvuruda, bu bulgular warfarin kaynaklı cilt nekrozu olarak değerlendirilmiştir. Anamnezde, hastanın gaitasında kan bulunduğu bilgisi alınmış olup, laboratuvar testlerinde INR düzeyinin 2.82 olduğu görülmüştür. Hastanın idrarında proteinüri saptanmasının ardından, ilgili klinikler tarafından böbrek biyopsisi ve deri biyopsisi yapılması planlanmıştır. Hastadan romatolojik tetkikler yapılmış ve olası enfektif odaklar araştırılmıştır.

BULGULAR: Sol bacak bölgesinden alınan deri biyopsisinde "Lökoklastik Vaskülit" bulguları tespit edilmiştir. Ayrıca, böbrekten alınan biyopsi sonucunda "Henoch-Schönlein Nefriti" teşhisi konmuştur. Altta yatan başka bir patoloji bulunamamıştır. Hastaya diyet düzenlemesi yapılmış, prednizon tedavisine başlanmıştır. Kan şekeri regülasyonu sağlanmış, diyetle tuz alımı azaltılmıştır. Ayrıca, antihistaminikler ve anti-inflamatuvar ilaçlar da verilmiştir. Yaklaşık üç hafta sonra, lezyonların azaldığı ve sönüdüğü gözlemlenmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Küçük damar lökositoklastik vaskülit, warfarin tedavisinin nadir görülen bir komplikasyonu olabilir ve warfarin kaynaklı cilt nekrozundan hemen ayırt edilmelidir, çünkü her iki durum da benzer cilt bulguları gösterebilir ancak patofizyolojileri ve yönetim yaklaşımları farklıdır. Warfarin kaynaklı küçük damar lökositoklastik vaskülitinin yönetimi, hastaların eşlik eden hastalıkları nedeniyle karmaşıklaşabilir. Warfarin kaynaklı küçük damar lökoklastik vaskülitinin yönetimi genellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.

Anahtar sözcükler: Warfarin sodyum, ekimoz, lökositoklastik vaskülit, henoch schönlein nefriti.



Şekil 1. Hastanın ilk geliş lezyonları.



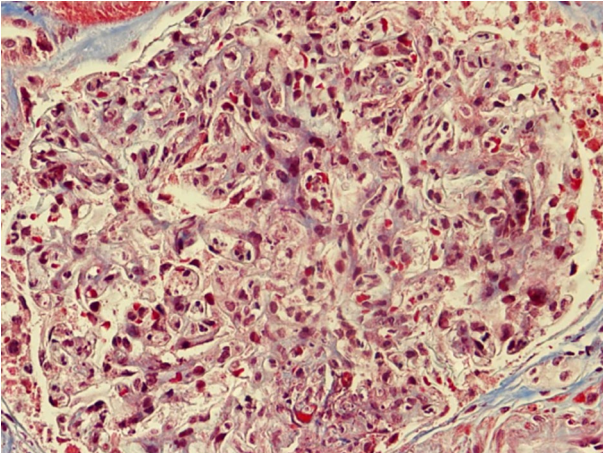
Şekil 2. Hastanın ilk geliş lezyonları.



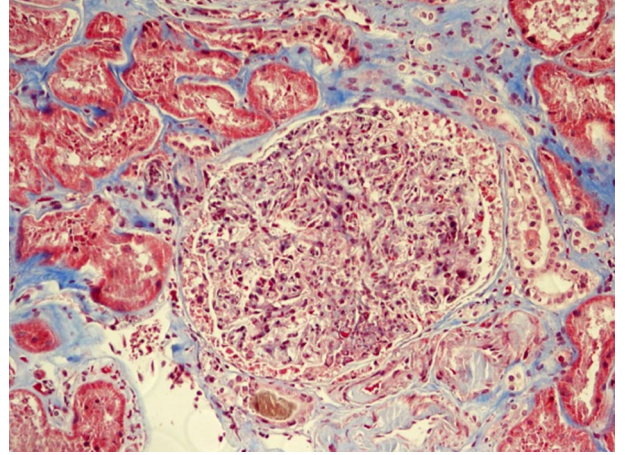
Şekil 3. Hastanın ilk geliş lezyonları.



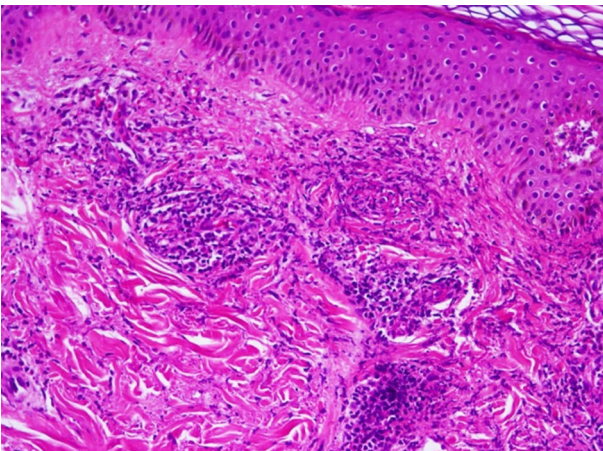
Şekil 4. Hastanın ilk geliş lezyonları. Özellikle alt ekstremitelerde yoğunlaşmış ekimozlar.



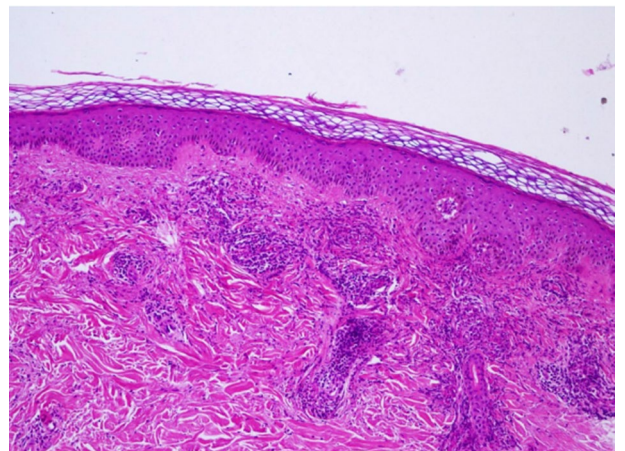
Şekil 5. Henoch-Schönlein nefriti. 200-Masson Trikrom boyama.



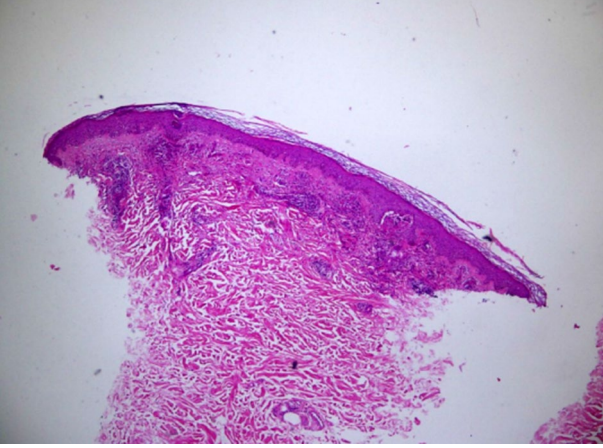
Şekil 6. Henoch-Schönlein nefriti. 400-Masson Trikrom boyama.



Şekil 7. Lökoklastik vaskülit.



Şekil 8. Lökoklastik vaskülit.



Şekil 9. Lökoklastik vaskülit.



Şekil 10. Tedavi sonrası.



Şekil 11. Tedavi sonrası.



Şekil 12. Tedavi sonrası.



Şekil 13. Tedavi sonrası.

Asistan Bildirileri

[EP-041]

Künt travmatik torasik aort yaralanmalarında yaralanma dereceleri ve yüksek riskli görüntüleme bulgularının vaka takdimleriyle birlikte değerlendirilmesi

Biröl Akdoğan, İlke Keleş, Türkan Tansel

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Künt travmatik torasik aort yaralanması (KTTAİ), travmatik yaralanmalar arasında en yüksek mortalite oranlarına sahiptir ve tedavisi son derece zorlu olabilir. Bu çalışmada, kliniğimizdeki farklı KTTAİ derecelerine sahip üç vakanın yönetim süreçlerini ve tedavi yaklaşımlarını sunmaktayız.

YÖNTEM: Olgu 1: 16 yaşındaki erkek hasta, motorlu araç kazası sonrası Grade 2 KTTAİ ile başvurdu. Bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA)'de desendan aortada intimal yırtılma görünümü ve intramural trombüs saptandı. Hasta stabil olduğu için, guideline uygun olarak medikal tedavi başlandı ve torasik endovasküler aort tamiri (TEVAR) işlemi planlandı. Kazadan 48 saat sona gerçekleştirilen prosedür başarıyla tamamlanarak hasta antiplatelet tedavi ile taburcu edildi.

Olgu 2: 25 yaşındaki erkek hasta, trafik kazası sonrası Grade 3 KTTAİ tanısı aldı. BTA'da psödoanevrizma oluşumu, geniş mediastinal hematoma ve aortta intimal yırtılma gibi yüksek riskli bulgular tespit edildi. Hastaya beta-bloker tedavisi başlandı ve TEVAR işlemi 24 saat içinde başarıyla uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde endoleak gözlenmeyen hasta stabil bir şekilde taburcu edildi.

Olgu 3: 33 yaşındaki erkek hasta, yüksekten düşme sonrası Grade 4 KTTAİ ile acil servise başvurdu. BTA'da aort transeksiyonu, geniş posterior mediastinal hematoma ve sol tarafta ciddi pleural efüzyon gibi yüksek riskli bulgular saptandı. Hastaya REBOA ile aort kan akışı geçici olarak durduruldu ve acil TEVAR prosedürü uygulandı. Ancak, agresif müdahalelere rağmen hasta kaybedildi.

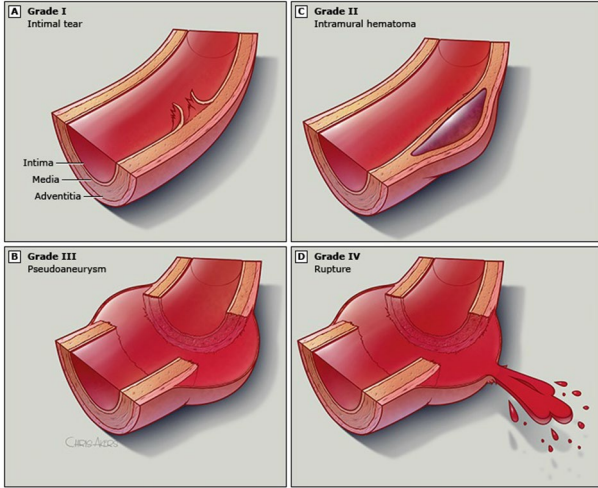
BULGULAR: Posterior mediastinal hematoma >10 mm, aortanın normal çapına oranı >1.48, geniş sol hemotoraks gibi yüksek risk kriterleri, ciddi hemodinamik bozulmalarla ilişkilidir ve acil müdahale gerektirir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu vaka serisi, yüksek riskli bulguların KTTAİ yönetiminde kritik rol oynadığını ve yaralanma derecesine dayalı bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, KTTAİ yönetiminde hızlı ve etkili karar vermenin gerekliliğini desteklemektedir.

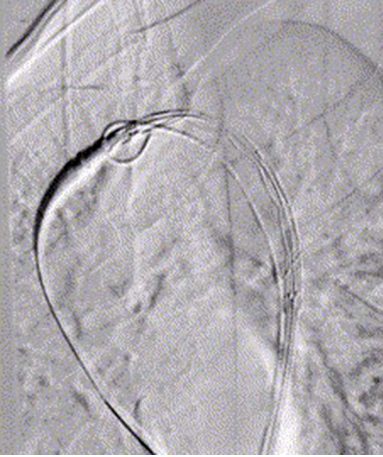
Anahtar sözcükler: Künt travma, torasik aort yaralanması, TEVAR.



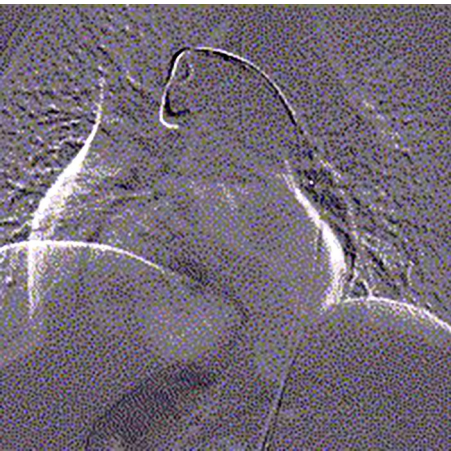
Şekil 1. Olgu 1'e ait desendan aortada intimal yırtık, intramural trombüs ve şüpheli psödoanevrizma izlenen ameliyat öncesi BT-anjiyo görüntülemesi.



Şekil 2. Aortik yaralanmaların sınıflandırılmasını gösteren illüstrasyon.



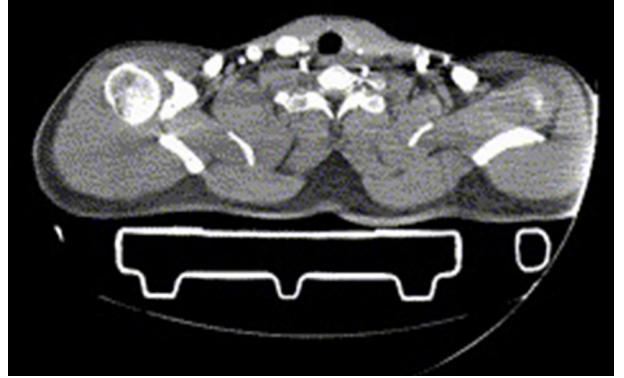
Şekil 4. Olgu 1'e ait perioperatif çekilen pre-stent aortografik görüntüleme.



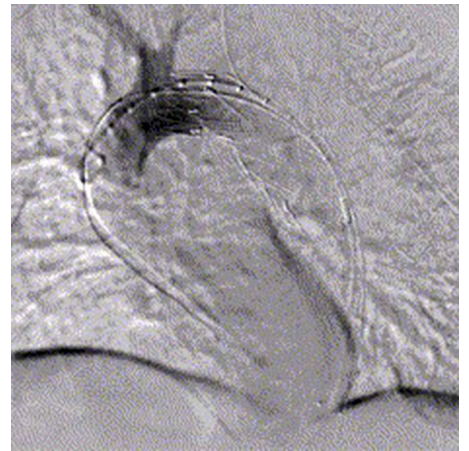
Şekil 6. Olgu 2'ye ait perioperatif çekilen pre-stent aortografik görüntüleme.



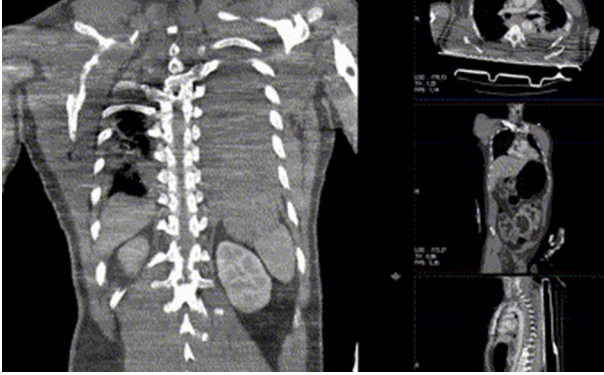
Şekil 3. Olgu 1'e ait desendan aortada intimal yırtık, intramural trombüs ve şüpheli psödoanevrizma izlenen ameliyat öncesi BT anjiyo aksiyal kesit görüntülemesi.



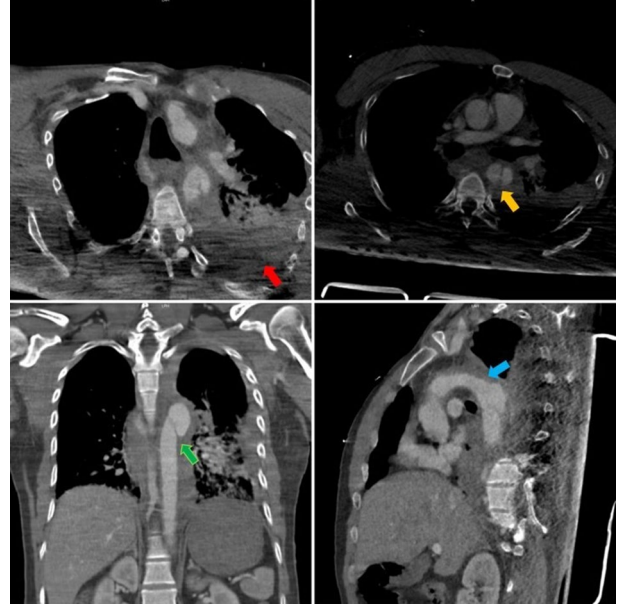
Şekil 5. Olgu 2'ye ait ameliyat öncesi BT anjiyo görüntülemesinde istmusdan başlayan desendan aorta diseksiyonu; torasik aorta düzeyinde anevrizma ve disseksiyon bağlı yalancı lümen, posterior mediastende hematom ve sol hemotoraks izlenmekte.



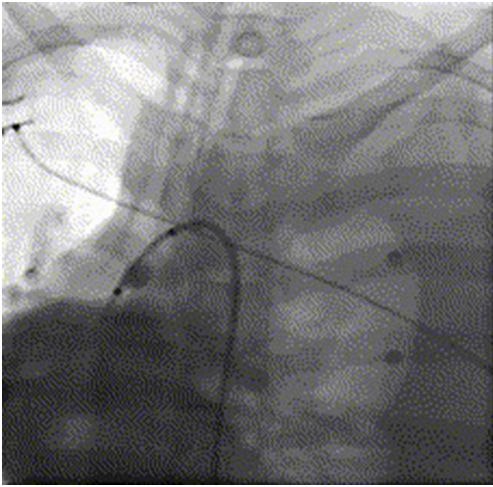
Şekil 7. Olgu 2'ye ait perioperatif çekilen post-stent aortografik görüntüleme.



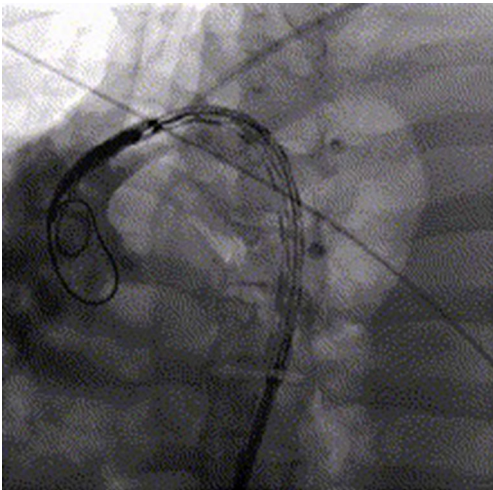
Şekil 8. Olgu 3'e ait ameliyat öncesi BT-anjiyo görüntülemesi; mediastinal hematoma, torasik aortada ismus düzeyinde yaklaşık 3.5 cm'lik segmentte aorta transeksiyon, ayrıca transeksiyon düzeyinden kaudale doğru abdominal aortaya kadar uzanan intramural hematoma.



Şekil 9. Olgu 3'e ait ameliyat öncesi BT-anjiyo görüntülemesine ait önemli bulguların olduğu kesitler; sol hemotoraks (kırmızı ok), aortik diseksiyon flepi (sarı ok), yaklaşık 3.5 cm'lik aortik transeksiyon segmentinin distal kısmı (yeşil ok), arkus aortada intramural hematoma (mavi ok).



Şekil 10. Olgu 3'e ait perioperatif çekilen REBOA balon oklüzyonu gösteren skopik görüntüleme.



Şekil 11. Olgu 3'e ait perioperatif çekilen pre-stent aortografik görüntüleme.



Şekil 12. Olgu 3'e ait perioperatif çekilen post-stent aortografik görüntüleme.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-042]

COVID-19'un kalp cerrahisindeki yansımaları: ECMO'nun rolü ve vaka analizi

Abdülkadir Bilgiç, Burak Toprak, Süleyman Sezer Yüksel

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Mersin

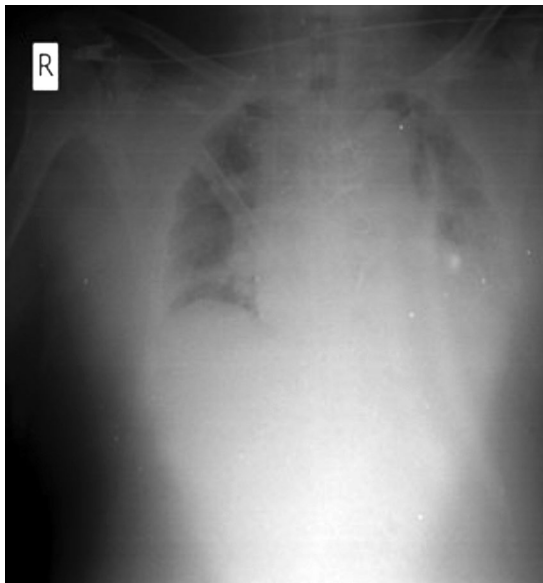
GİRİŞ VE AMAÇ: Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisi, kronik hastalığı olan bireylerde ciddi komplikasyonlara neden olmuş ve cerrahi müdahalelerin başarısını etkilemiştir. COVID-19 sonrası gelişen pulmoner sekeller, cerrahi sonrası solunum yetmezliği gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu vaka raporunda, COVID-19 sonrası pulmoner sekelleri olan bir koroner arter hastasında, miyokart enfarktüsü sonrası uygulanan koroner arter baypas greftleme (KABG) ameliyatı ve gelişen solunum yetmezliğinin ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) ile yönetimi tartışılmaktadır.

YÖNTEM: 65 yaşında erkek hasta. Diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) ve uyku apnesi mevcuttur. COVID-19 sonrası akciğerlerinde fibrotik değişiklikler gelişmiştir. Hastaya KABG ameliyatı yapılmış ve ameliyat komplikasyonsuz tamamlanmıştır.

BULGULAR: Ancak, ameliyat sonrası 2. günde oksijen saturasyonu %70'e düşmüş ve hipoksemi gelişmiştir. Kan gazı analizinde pO₂: 43 mmHg saptanmıştır. Yoğun bakımda ventilasyon ve medikal tedaviye rağmen oksijenasyon düzelmeyince veno-venöz ECMO uygulanmıştır. ECMO ile oksijenasyon hızla düzelmiş ve pO₂: 65 mmHg olmuştur. ECMO desteği 6 gün sonra sonlandırılmış, hasta ekstübe edilmiştir. Solunum desteği maske ve CPAP ile devam etmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: COVID-19 sonrası pulmoner sekeller, kardiyovasküler cerrahi sonrası solunum komplikasyonlarını artırabilir. Bu vakada, KABG sonrası gelişen ağır solunum yetmezliğinin yönetiminde ECMO hayati rol oynamıştır. ECMO, pulmoner sekellerin olduğu durumlarda akciğer fonksiyonlarını stabilize etmek için kritik bir müdahaledir. COVID-19'un kardiyovasküler cerrahi sonrası komplikasyonları üzerindeki etkisini anlamak ve ECMO'nun uygun kullanımının önemini vurgulamak açısından bu vaka değerlidir.

Anahtar sözcükler: KABG, COVID-19, postcovid, sendrom.



Şekil 1. Ameliyat sonrası ilk akciğer grafisi.



Şekil 2. ECMO sonrası akciğer BT.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-043]

Kardiyak lipomlu hastaya koroner baypas

Serkan Akcan, Nihat Pekel, Ali Vefa Özcan

Özel Tekden Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Denizli

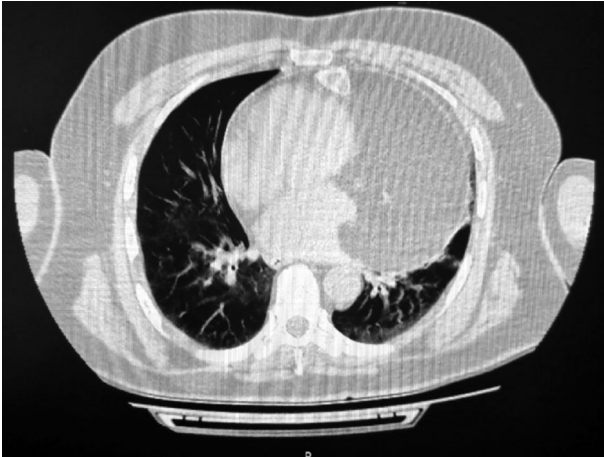
GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyak tümörler nadir görülen, çoğu iyi huylu tümörlerdir. Sıklıkla asemptomatik olup EKO, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile tanı konur. Bening kardiyak tümörler sıklıkla miksoma, fibroelastom, rabdomyom, fibrom, hemanjiom ve lipomlardır. Lipomların bening tümörler arasında görülme sıklığı ise %10 dur. Genellikle %53,1'i kalp boşluklarında, %32,5'i perikartta, %10,7'si miyokardın kendisinde ve %3,7'si kalbin birden fazla bölgesinde yerleşebilen kalp tümörleridir.

YÖNTEM: 68 yaşındaki erkek hasta, nefes darlığı şikayetiyle başvurduğu sağlık merkezinde yapılan tetkiklerinde kitle tespit edilmesi üzerine cerrahi tedavisi için kliniğimize başvurdu. Kontrastlı BT görüntülemesinde kalbin posterio-lateralinde yani sol ventrikül duvarına yapışan ve sol sirkumfleks arter tarafından beslenen büyük bir mediastinal kitle görüldü. Ameliyat öncesi hazırlıkların ardından hasta genel anestezi altında ameliyata alındı ve kalp akciğer makinesine bağlandı. Kitlenin kalbin sol arka duvarına sıkı bir şekilde yapıştığı, sol atriyum ve ventrikülü çepeçevre sardığı görüldü. Eksize edilirken kanlandığı OM1 damarından divize edilerek çıkarıldı. OM1'e tek damar safen greft baypas yapıldı. Hasta iki gün yoğun bakım, dokuz gün servis takibi sonunda tamamen iyileşerek taburcu edildi.

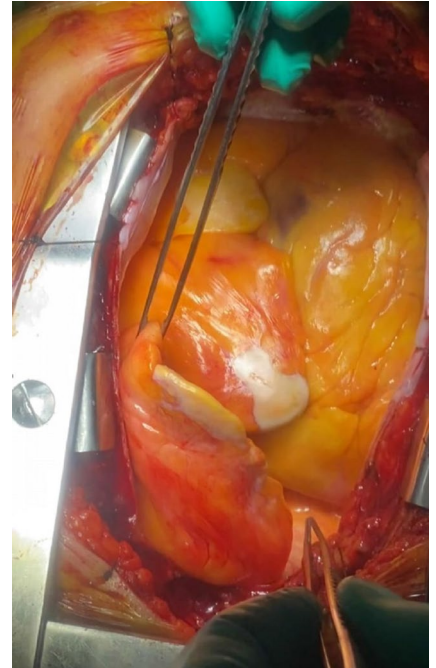
BULGULAR: Eksizyonel biyopsinin patolojik sonucu yağ nekrozu ve fibrokalsifik nodüllerle birlikte lipomatöz tümör olarak raporlandı. Hastaya kemoterapi ya da radyoterapi ihtiyacı olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kardiyak lipoma eşlik eden koroner arter hastalarına, eş zamanlı kitle extirpasyonu ve koroner baypas cerrahisi güvenle yapılabilir.

Anahtar sözcükler: Kalp tümörleri, kardiyak lipom, kardiyak lipomda koroner baypas.



Şekil 1. Lipomun ameliyat öncesi BT görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyat esnasında lipom görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-045]

Tip 3A endoleak olan olguda taşıyıcı sistemin iliyak arter başında sıkışması

Ogulcan Ozdemir¹, Ismail Yurekli¹, Okay Güven Karaca¹, Özbek Oğuz¹, Hüseyin Erdinç¹, Anil Sarioglu¹, Habib Cakir²

¹S.B İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

²SBÜ, İzmir Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı; İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

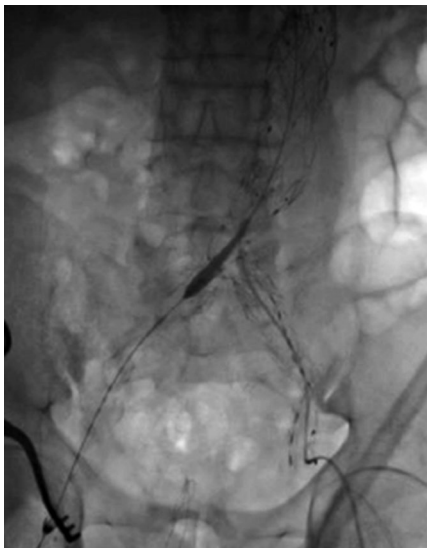
GİRİŞ VE AMAÇ: Aortik endovasküler işlem sırasında dar, açılı ve kalsifik lezyonlardan geçişi kolaylaştırmak için taşıyıcı sistem esnek (flexible) ve düşük profile sahip olmalıdır.

YÖNTEM: 74 yaş erkek hasta, dört ay önce tip Ib endoleak nedeni sol iliyak uzatma yapılan, 10 sene önce abdominal aort anevrizması nedeni Endovasküler Aort Onarımı (EVAR) işlemi uygulanmış, rutin kontrol sırasında ana gövde üzerinde tip IIIa endoleak saptanan hastada, anevrizma kesesinin genişlediği görüldü. Anestezi hazırlığı sonrası elektif EVAR planlandı.

BULGULAR: Genel anestezi altında her iki femoral arter eski insizyon yerinden eksplore edildi, taşıyıcı sistem sağ femoral arter üzerinden hastanın işlemi 34x34x100 mm VALIANT-CAPTIVIA (Medtronic Inc., Minneapolis, USA) grefti sorunsuz şekilde gönderildi, greft komplikasyonsuz olarak açıldı ve yerleştirildi. İşlem kontrol görüntülemelerinde leak saptanmadı. Taşıyıcı sistemi ekstraksiyonu sırasında sağ ana iliyak arter başında sistem sıkıştı. Hastanın femoral arter akımını kısıtladığı görüldü, ilgili bölgeye perkütan diğer femoralden balon anjiyoplasti uygulansa da taşıyıcı sistem serbestlenmedi. Bunun üzerine median laparotomi uygulandı, batin içi yapışık çıkan hastanın abdominal aort ve sağ ana iliyak arter dönüldü, infrarenal anastomoz sahası bulunmayan Occluder oklüzyon balon kateteri kullanılarak endovasküler klemp altında hastada taşıyıcı sistem üzerine insizyonla girildi, taşıyıcı sistemin tel aralarından girdiği görüldü, tel kesici ile kesilerek çıkarıldı. Sağ ana iliyak arter ligate edildi, 8 mm e-PTFE (JOTEC GmbH, Hechingen Germany) greft ile femoro-femoral ile baypas yapıldı, işlem sonrası distal dolaşım sağlandı. Hasta üç günlük yoğun bakım takibi sonrası bir hafta serviste takip edildi, şifaen taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yakın dönemde endovasküler işlemlerde artış nedeni redo hasta sayısı artmaktadır. Dar, açılı veya ileri derece kalsifik lezyonlarda greft ve taşıyıcı sistemin stuck olması nadiren de olsa görülebilmektedir.

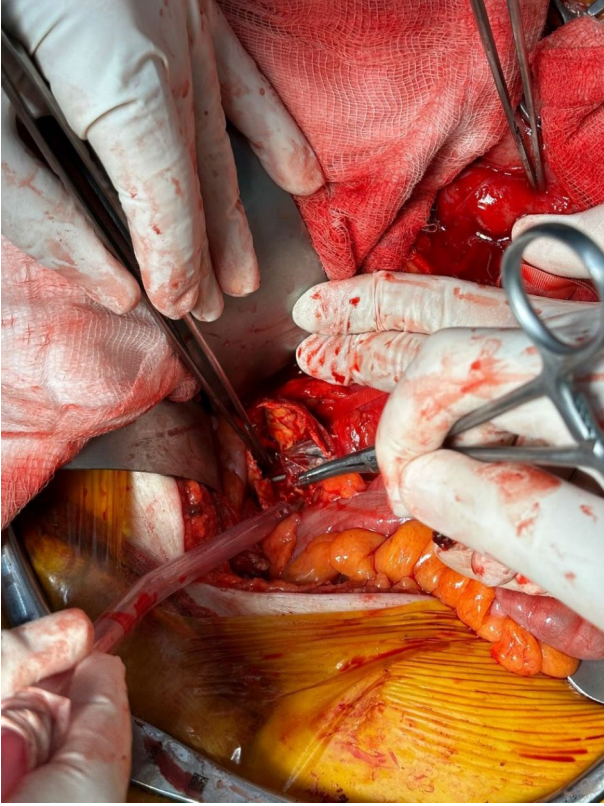
Anahtar sözcükler: EVAR, endoleak, taşıyıcı sistem, fem-fem baypas, endovasküler klempaj.



Şekil 1. Taşıyıcı sistemin sağ ana iliyak arter başında sıkışması.



Şekil 2. Taşıyıcı sistemin akım kısıtlaması.



Şekil 3. İliyak arter başında stuck olan taşıyıcı sistem.



Şekil 4. Çıkarılan taşıyıcı sistem.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-046]

Derin ven trombozunda farmakomekanik tromboliz uygulamalarında hasta seçiminin önemi; Olgu sunumu

Bariş Tunçer, Aydın Koç

Uşak Devlet Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Uşak

GİRİŞ VE AMAÇ: İliofemoral tutulumlu derin ven trombozu (İFDVT)'nın tedavisinde farmakomekanik tromboliz (FMT); posttrombotik sendrom riskini azaltabildiği gibi majör ve intrakraniyal kanama oranı yüksek bir uygulamadır. Ameliyat sonrası kanama komplikasyonlarının önüne geçilmesi açısından hasta seçiminde dikkatli olunmalıdır. Bu konuya dikkat çekmek amacıyla dış merkezde İFDVT nedeniyle farmakomekanik tromboliz uygulanması sonrası başvurusunda yumuşak doku tümörü içine kanamaya bağlı dev hematoma saptadığımız olguyu paylaştık.

YÖNTEM: Özgeçmişinde hipertansiyon ve kalp yetmezliği bulunan 68 yaşında erkek hastanın sol alt ektremitede İFDVT tanısı aldığı ve dış merkezde yapılan FMT sonrası uyluk bölgesinde şişlik, ağrı yakınmasının arttığı, 3 gün önce dahiliye kliniğinde kansızlık nedeniyle üç ünite kan transfüzyonu yapıldığı belirtildi. Fizik muayenede kaşektik görünümdeki hastada sol uyluk proksimal bölgesinde uyluk ortasından kasığa uzanan lokalize şişlik mevcuttu, distalde popliteal ve distal crural nabızlar açık idi. Yapılan doppler ultrasonografide dvt ile uyumlu bulgular devam ederken birlikte multiloküle kistik alanlar ve kanama alanlarına ait olabilecek yoğun içerikli 15X11 cm boyutlarında hipoekoik yer kaplayıcı oluşum izlendi. Çekilen uyluk MR görüntüleri bunu destekledi. Ultrason eşliğinde yapılan ponksiyonda hemarajik vasıfta birkaç ml sıvı aspire edilebilmesi üzerine cerrahi girişim ile hematoma boşaltıldı ve doku örneği alınarak patolojik incelemeye gönderildiğinde malign mezenkimal tümör saptandı.

BULGULAR: Onkoloji ve ortopedi konsultasyonlarıyla evreleme ve ekstremitte amputasyonun gerekliliği hasta ve yakınlarına bilgisi verildi, hasta ve yakınlarınca reddi üzerine palyatif takip edilen hasta üç aylık takip sonrasında kaybedildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Tedavi kılavuzlarında önerildiği gibi; FMT uygulanması kararı öncesinde tedavinin potansiyel faydalarının kanama riskine karşın hasta seçimi, DVT semptomlarının şiddeti, eşlik eden hastalıkları ve yaşam beklentisinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesine dayanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Farmakomekanik tromboliz, hasta seçimi.



Şekil 1. Kitleden alınan doku örnekleri.



Şekil 2. Olguya ait MR görüntü.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-047]

Kronik venöz yetmezlikte aday kodlamayan RNA'ların ifade seviyelerinin klinik önemi

Esra Kaynak¹, Cenk Eray Yıldız², Serkan Burc Deser³, Nadir Aygutaalp⁴, Evrim Komurcu Bayrak⁵

¹İstanbul Üniversitesi Aziz Sancar Deneyisel Tıp Araşt., Enstitüsü Laboratuvarı Hayvan Bilimi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Medicine Hospital, Kalp ve Damar Cerrahi Bölümü, İstanbul

⁴S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

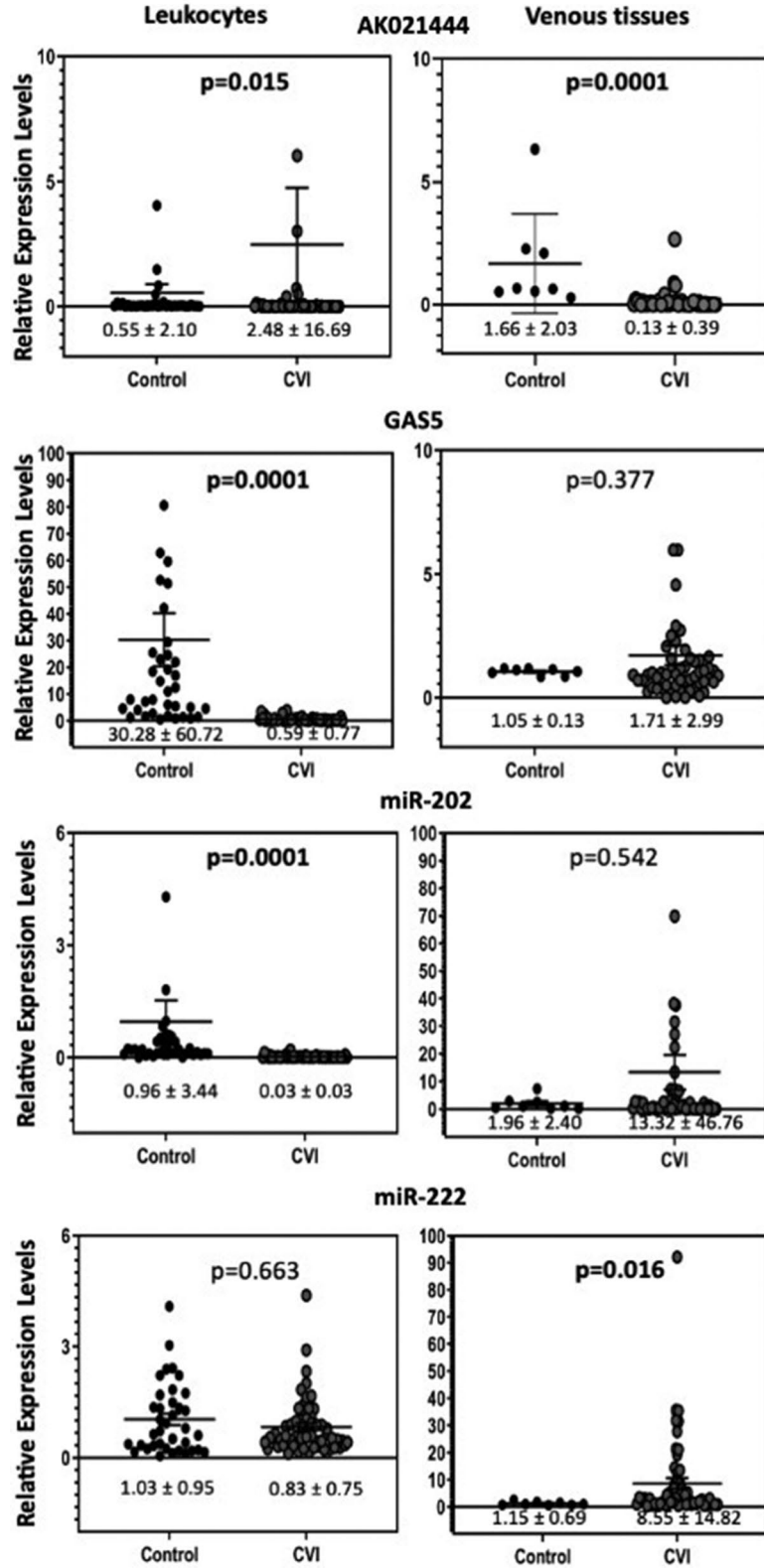
GİRİŞ VE AMAÇ: Kronik venöz yetersizlik (KVY) tanısı olan hastaların venlerinde ve dolaşımdaki lökositlerde bulunan kodlamayan RNA'ların (ncRNA'lar) seviyelerini incelemek ve bunların KVY ile potansiyel ilişkisini araştırmak.

YÖNTEM: CEAP-C2-4 tanısıyla KVY teşhisi konmuş 56 hastadan elde edilen doku örnekleri ve dolaşımdaki lökositlerden izole edilen RNA ile, KVY'si bulunmayan ve safen ven kullanılarak koroner arter baypas cerrahisi yapılan 37 hastadan oluşan kontrol grubunun sonuçları karşılaştırıldı. lncRNA-AK021444, lncRNA-GAS5, miR-202 ve miR-222'nin seviyeleri kuantitatif RT-PCR kullanılarak belirlendi.

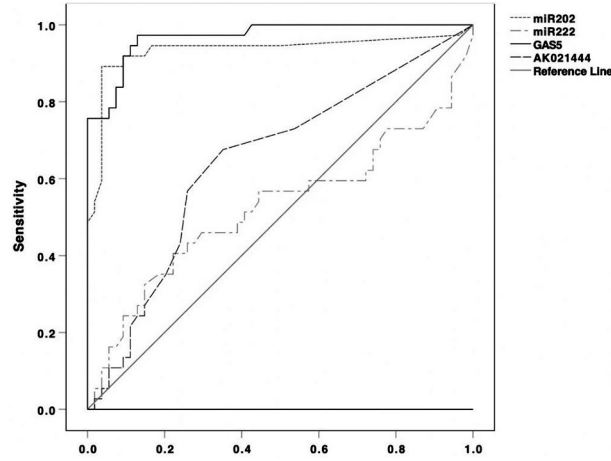
BULGULAR: Kronik venöz yetersizliği olan hastalardan alınan doku örneklerinde, AK021444 seviyesinin azaldığı ($p=0.0001$) ve miR-222 seviyesinin arttığı ($p=0.025$) saptanmıştır. Lökositlerde ise, AK021444 ve miR-202 seviyelerinin anlamlı olarak azaldığı ve bunun yaş ve sigara ile yakın ilişkisi bulunduğu belirlenmiştir. GAS5 seviyesinin ise yaş ve sigara içiminden etkilenmeden KVY hastalarında azaldığı bulunmuş ve bu belirtecin yüksek hassasiyet (%87) ve özgüllük (%97.3) değerleri ile KVY için tanısal bir biyomarker olabileceği saptanmıştır ($p=0.0001$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Özellikle GAS5, KVY için tanısal biyomarker olarak kullanılma potansiyeline sahiptir. Ayrıca, cinsiyetin KVY'li hastaların lökositlerinde ncRNA'ların ifade değişikliklerini belirlemede önemli bir faktör olduğu ve yaş ile sigara içmenin KVY'nin etiyolojisinde epigenetik düzenlemede rol oynadığı belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Kronik venöz yetmezliği, uzun kodlamayan RNA, mikroRNA.



Şekil 1. KVV'li hastalar ve kontrol grupları arasında lökositler ve venöz dokulardaki ncRNA'ların ifade düzeyleri. Her grubun bağıl ifade değerleri ortalama±standart sapma olarak ifade edilir. Önemli Mann-Whitney U testi sonuçları ($p < 0.05$) kalın olarak gösterilmiştir.



Şekil 2. KVV'da ncRNA'ların duyarlılık ve özgüllük ROC eğrileri.

Tablo 1.

ncRNAs	Females			Males		
	Control (n=20)	CVI (n=25)		Control (n=17)	CVI (n=31)	
	Unadjusted mean $\pm$ SD		p^*	Unadjusted mean $\pm$ SD		p^*
	Adjusted mean $\pm$ SD		p^{**}	Adjusted mean $\pm$ SD		p^{**}
AK021444	0.12 $\pm$ 0.34	5.14 $\pm$ 25.04	0.080	1.05 $\pm$ 3.05	0.35 $\pm$ 1.20	0.046
GAS5	20.89 $\pm$ 22.19	0.36 $\pm$ 0.33	0.0001	41.32 $\pm$ 86.44	0.78 $\pm$ 0.96	0.0001
miR-202	1.26 $\pm$ 4.61	0.02 $\pm$ 0.03	0.0001	0.60 $\pm$ 1.05	0.02 $\pm$ 0.04	0.0001
miR-222	0.99 $\pm$ 0.82	0.99 $\pm$ 0.96	0.882	1.07 $\pm$ 1.11	0.70 $\pm$ 0.52	0.682
	Adjusted mean $\pm$ SD		p^{**}	Adjusted mean $\pm$ SD		p^{**}
AK021444	0.05 $\pm$ 0.11	5.14 $\pm$ 25.04	0.318	1.05 $\pm$ 3.06	0.27 $\pm$ 1.14	0.241
GAS5	20.71 $\pm$ 22.79	0.36 $\pm$ 0.33	0.0001	41.33 $\pm$ 86.44	0.82 $\pm$ 0.98	0.013
miR-202	1.32 $\pm$ 4.73	0.02 $\pm$ 0.02	0.213	0.60 $\pm$ 1.05	0.03 $\pm$ 0.04	0.004
miR-222	1.00 $\pm$ 0.84	0.99 $\pm$ 0.90	0.846	1.08 $\pm$ 1.11	0.66 $\pm$ 0.42	0.077

Tablo 2.

	KVV (n=56)	Kontrol (n=37)	p değeri
Yaş, yıl	48.61 $\pm$ 10.02	52.73 $\pm$ 10.93	0.053
BMI, kg/m ²	28.53 $\pm$ 4.87	26.56 $\pm$ 6.93	0.118
Cinsiyet, Kadın (%)	44.6	44.4	0.984
Diabetes mellitus, evet (%)	5.7	0	0.113
Obezite, evet (%)	17.3	18.6	0.870
Hipertansiyon, evet (%)	24.5	20.5	0.633
Sigara içimi, aktif içici (%)	40.7	43.2	0.807
Alkol kullanımı, evet (%)	28.6	9.7	0.041

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-049]

Nefrektomi sonrası vena kava inferior anevrizması

Levent Ceylan, Osman Eren Karpuzoglu, Fatmagül Yılmaz

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

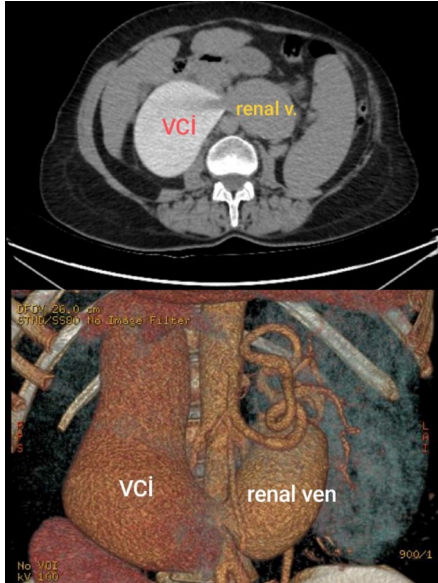
GİRİŞ VE AMAÇ: Vena kava inferior (VKİ) anevrizması ilk kez 1973 yılında Oh ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Nadir görülmekte olan bu klinik durum için 1973-2019 yılları arasında yapılan bir literatür çalışmasında 74 vakanın olduğu tespit edilmiştir. Çoğunlukla asemptomatik olup insidental saptanmakta iken, bizim olgumuzda olduğu gibi kalp yetmezliği semptomları ile de prezente olabilmektedir.

YÖNTEM: Sedoaneljezi altında bilateral femoral arter-ven kanüle edildi. Sağ CFA üzerinden sol renal arter güdüğü ve sağ CFV üzerinden anevrizmatik renal ven güdüğü kanüle edildi. Sol CFA-CFV aracılığı ile yerleştirilen kateterler görüntüleme amaçlı kullanıldı. Sol RA güdüğü 16x12 mm Amplatzer vascular plug2 (AVP2) ile kapatıldı. Ardından sol renal ven güdüğü, anevrizmatik VKİ'ye bağlandığı noktadan 20 mm AVP2 ile oklüde edildi. Rezidü kalan sol renal venin anevrizmatik segmentine coil embolizasyon yapıldı. İşlem sonrası kese içinden yapılan arteriyel karakterli basınç ve pulsatil dalga formlarının kaybolduğu gösterildi.

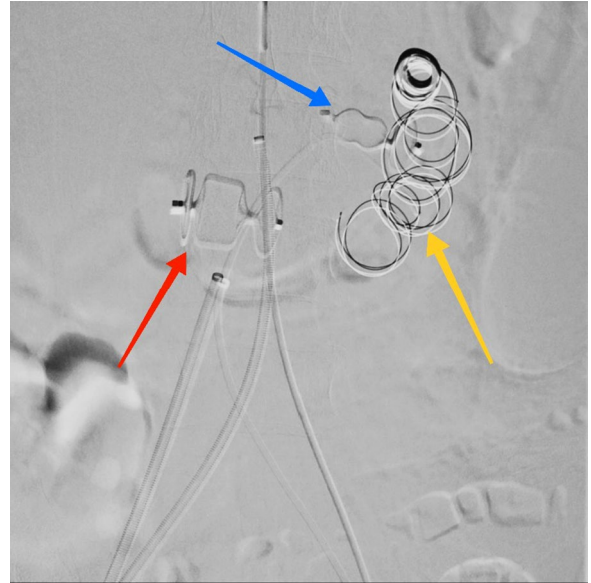
BULGULAR: 59 yaşında kadın hasta; mitral kapak replasmanı öyküsü ve 20 yıl önce sol nefrektomi öyküsü mevcuttu. Kapak replasmanı sonrası kontrollerinde ekokardiyografik düzelme olsa da klinik olarak yetmezlik bulguları sebat etmekte idi. Son altı ayda progresse dispne nedeni ile tetkik edilirken VKİ'de ve sol renal vende anevrizmatik dilatasyon saptandı. Diagnostik anjiyoda nefrektomi güdüğünden orijin alan AV-fistülün renal ven ve VKİ'de anevrizmaya neden olduğu saptandı. Ameliyat sonrası üçüncü ayda klinik semptomların tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Vena kava inferior anevrizması nadir görülen ancak tromboz ve rüptür gibi sık görülen komplikasyonlar nedeniyle hayatı tehdit eden bir durumdur. Etiyolojide bizim olgumuzda olduğu gibi renal arter-ven arasındaki fistülden kaynaklanan anevrizma olgusu daha önce iki kez rapor edilmiştir. Seçilmiş hastalarda endovasküler tedavi seçenekleri başarı ile uygulanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Anevrizma, fistül, vena kava.



Şekil 1. VKİ-renal ven anevrizması BT görüntüsü.



Şekil 2. Kırmızı ok: Renal ven-VKİ arasındaki vasküler plug mavi ok: Renal arter-ven fistül arasındaki vasküler plug sarı ok: Renal ven anevrizma kesesi coil.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-050]

Post travmatik arteriyovenöz fistüller ve cerrahi onarımları: İki olgu sunumu

Suat Şenkaya, İsmail Yürekli, Anıl Sarıoğlu, Hüseyin Erdinç, Ogulcan Ozdemir, Haydar Yasa, Habib Cakir

S.B İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

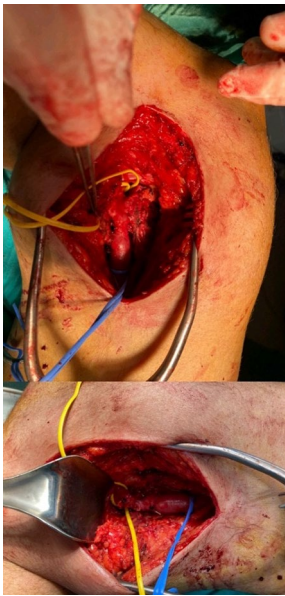
GİRİŞ VE AMAÇ: Travmatik arteriyovenöz fistül (AVF)'ler değişik çaplarda olup genellikle orta veya büyük damarlar arasındadır. Lokal ve sistemik etkilerinin yanında; bakteriyel endokardit, kalp yetmezliği, yalancı anevrizma perforasyonu gibi komplikasyonlar nedeniyle de erken cerrahi girişim endikasyonu vardır. Gecikilen olgularda arter ve venler ileri derecede genişleyip fragil hale geldiklerinden ameliyatın güçlüğü artmaktadır.

YÖNTEM: İki erkek hasta popliteal bölgede ağrı şikayetleriyle acile başvurdu. Fizik muayenede belirgin thrill ve üfürüm mevcut olması nedeniyle yatırıldı.

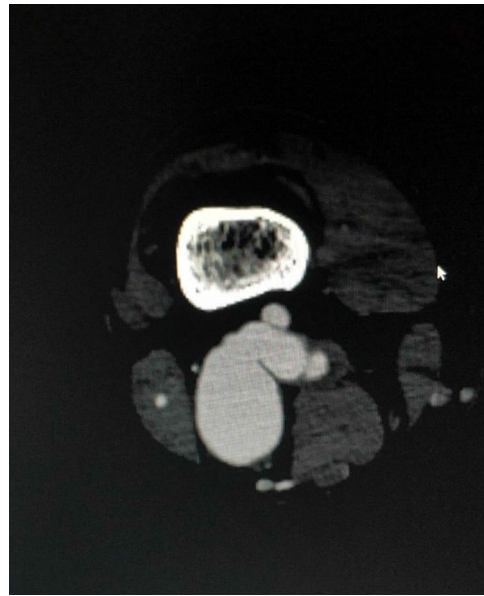
BULGULAR: 22 yaşındaki ilk hasta 10 yıl önce araç dışı trafik kazası geçirmiş, bacakta 5 yıl sonrasında venöz ülser gelişmiş. Bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografide sağda diz altı popliteal düzeyde AVF ile uyumlu görünüm, popliteal arter ve vende anevrizmatik dilatasyon izlendi. Ameliyatta diz altı kesi ile tibioperoneal trunka ulaşıldı. Fistül rezeke edilerek, arter ve ven primer onarıldı. Sol bacadan çıkarılan safen greft distali peroneal trunka, proksimali popliteal artere olacak şekilde uç uca anastomoze edildi. 26 yaşındaki ikinci hastada 5 yıl önce ateşli silah yaralanması gerçekleşmişti. Sağ popliteal bölgede ağrı ve bacakta şişlik mevcuttu. Anjiyografide sağ dizüstü popliteal düzeyde AVF ile uyumlu görünüm, popliteal arter ve vende anevrizmatik dilatasyon izlendi. Ameliyatta sağ popliteal arter diz üstü düzeyden açıldı, AVF bağlantısı rezeke edildi. Anevrizmatik ven kısmına rezeksiyon sonrası 4/0 prolene ile plikasyon uygulandı. Fistül bağlantısının arter ağzı 4/0 prolene ile kapatıldı. Hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon görülmedi. Kontrol görüntülemelerinde patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Travmatik AVF'ler erken ve geç dönemde oluşturdukları komplikasyonları nedeniyle hayatı tehdit edici acil sorunlardır. Anamnez ve klinik bulgularıyla kolayca tanınabilirler. Cerrahi mortalitesi düşük olup, erken tanı ve tedavinin oluşabilecek patolojilerin önlenmesinde etkinliği büyüktür.

Anahtar sözcükler: Travma, arteriovenöz fistül.



Şekil 1. Cerrahi fotoğraflar.



Şekil 2. Tomografi görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-051]

Travmatik aort transeksiyonu ve endovasküler tedavisi, olgu sunumu

Anil Sarioglu¹, Ismail Yurekli¹, Suat Şenkaya¹, Hüseyin Erdinç¹, Ogulcan Ozdemir¹, Haydar Yasa², Habib Cakir², Orhan Gokalp¹, İhsan Peker¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı; İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Aort transeksiyonu, künt göğüs travmalarını takiben meydana gelebilmektedir. Hızlı deselerasyon sonrasında aortada yüzey gerilim stresinin ve intravasküler basıncın artmasıyla aortanın intima düzeyinde meydana gelen yırtılmalar en önemli oluşum mekanizması olarak kabul edilmektedir. Açık cerrahi yüksek risk içeriğinden dolayı, aortun tamiri için endovasküler greftler alternatif tedavi önerisi olarak kabul görmektedir. Torasik aort transeksiyonlarında endovasküler onarım yöntemlerinin kullanılması morbidite ve mortalitede önemli avantajlar sağlamıştır.

YÖNTEM: 31 yaşında kadın hasta motorsiklet kazası sonrası tespit edilen künt travmaya bağlı desendan aortada subklavyen artere uzanım gösteren diseksiyonla uyumlu görünüm nedeniyle tarafımıza sevk edildi. Muayenesinde nabızları palpabildi. Sırt, burun ve göz çevresinde ağrı tarifliyordu. Görüntülemelerinde desendan aort düzeyinde 4 cm'lik diseksiyon flebine ait görünüm izlenmekteydi. 8 ve 9. kotlarda fissür hattı izlendi. T4 fraktürü vardı. Karaciğer sağ lobda kontüzyonla uyumlu hipodens alan, dalak inferiorunda laserasyonla uyumlu alan izlendi. Nazal kemikte deplase fraktür hatları vardı. Hastanın patolojileri için branş önerileri alındı. Tarafımızca konsey kararıyla TEVAR planı yapıldı.

BULGULAR: Ameliyatta sağ femoral arter açıldı, sheath yerleştirildi. İçinden Guide-Wire arcus aortaya pozisyone edildi. Pigtail gönderildi. Arcus aorta seviyesinde anjiyografi yapıldı. Subklavyen arter hizasında diseksiyon hattı görüldü (Şekil 1). Femoralden Medtronic Valiant Captivia 26x22x150 subklavyen arter proksimali, distali işaretlenip pozisyone edilerek usulüne uygun olarak açıldı. Kontrol görüntüleme alındı (Şekil 2). Ameliyat sonrası komplikasyon görülmeyen hasta ameliyat sonrası 5. gün şifayla taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut travmatik transeksiyonlarda açık cerrahi tedavinin operatif mortalitesi eşlik eden yaralanmaların ciddiyetine bağlı olarak %23'lere kadar yükselebilmektedir. Yapılan çalışmalar endovasküler tedavinin hem mortalite hem morbiditede belirgin düşüşler sağlandığını göstermiştir. Endovasküler tedavinin en önemli dezavantajı kullanımdaki greftlerin uzun dönem dayanıklılıklarının bilinmemesidir. Sonuç olarak, akut aortik transeksiyonda endovasküler onarım açık cerrahiye göre belirgin avantajlar sağlamaktadır. Orta dönemde elde edilen umut verici sonuçlar uzun dönemde sağlanabilirse bu yöntem altın standart tedavi haline gelebilir.

Anahtar sözcükler: Transeksiyon, aort, travma, endovasküler onarım.



Şekil 1.



Şekil 2.

Asistan Bildirileri

[EP-052]

Sağ mini J-sternotomi ile Manougian tekniği uygulanan aortik kök genişletme ameliyatı

Haydar Yasa¹, Ogulcan Ozdemir², Ismail Yurekli², Suat Şenkaya², Hüseyin Erdinç², Anil Sarioglu², Habib Cakir¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı; İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Kalp cerrahisinde son yıllarda ameliyat sonrası iyileşme sorunlarını en aza indirmek ve dolayısıyla ile hastanede kalış sürelerini kısaltmak amacı ile klasik ameliyatlardan küçük insizyonlar aracılığı ile yapılması büyük bir ilgi odağı teşkil etmektedir. Bu olgumuzda Manougian prosedürü ile aortik kök genişletme mini J-sternotomi yaklaşımı ile uyguladık, ministernotominin kompleks kardiyak cerrahide de düşünülmesi gereken bir yaklaşım olduğu kanaatindeyiz.

YÖNTEM: 36 yaş kadın hasta, (boy: 1.55 m kg: 58 kg BSA: 1.56 m²) üç aydır artan efor dispnesi şikayetiyle kardiyoloji polikliniğinde yapılan muayenede aort kapağı biküspid, LVOT çapı: 20 mm gradient: 80/55 mmHg AVA: 0.9 cm² olarak ciddi aort darlığı tanısı alan hastada cerrahi kararı alındı. Hasta anestezi hazırlığı sonrası ameliyata alındı. Standart aorto-kavoatrial kardiyopulmoner baypas (KPB) altında perioperatif kapak ölçümünde aort kökü 19 no kapak için bile, darlığı saptanınca aortik kök genişletme kararı verildi. Nicks metodu ile yeterli kapak alanı sağlanamayan hastada kesi Manougian olacak şekilde uzatıldı. 23 numara St. Jude Medical mekanik aort kapak replasmanı uygulandı, kros süresi 48 dakika, KPB süresi 66 dakika sürdü.

BULGULAR: Ameliyat sonrası üçüncü saatinde ekstremitelerde olan hasta, ameliyat sonrası birinci günde servise çıkarıldı, INR optimizasyonu sonrası hasta ameliyat sonrası beşinci günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuç olarak mini J-sternotomi kompleks kardiyak cerrahi işlemler için yeterli exposure, ameliyat sonrası dönemdeki ağrı şikayetlerinde belirgin azalma ve buna bağlı solunum fonksiyonlarında erken geri dönüş sağlamaktadır. Yara iyileşmesinde görülebilecek komplikasyonları aza indirmek, tüm bunlara ek hızlı rehabilitasyon, mekanik ventilasyon, yoğun bakım ve hastane kalış sürelerinin kısaltılması gibi ekonomik ve kozmetik görüntü gibi psikolojik faktörler gözönüne alındığında mini sternotomi uygun kardiyak ameliyatlarda düşünülmemiştir.

Anahtar sözcükler: Minimal invazif, ministernotomi, manougian, AVR.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-053]

Nadir görülen bir olgu: LMCA anevrizması

Gizem Işık, Bekir Boğaçhan Akkaya, Levent Mavioglu, Mehmet Ali Özatik

Ankara Şehir Hastanesi, Yüksek İhtisas Kalp ve Damar Hastanesi, Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

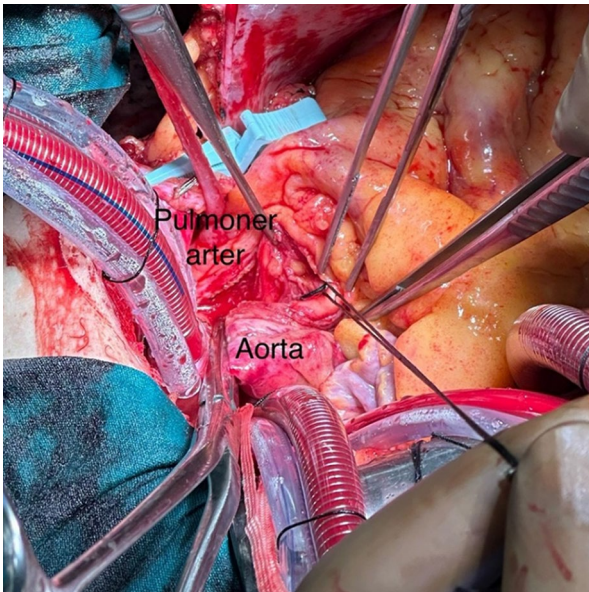
GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner arter anevrizması normal koroner arter çapının 1.5 katı üzerinde olması ile tanımlanabilir. Literatürde insidansı ektazik koroner arterler dışlanırsa 1% altında saptanmıştır. Koroner arter anevrizmalarında en sık etkilenen koroner sağ koroner arter (RCA) iken en az görülen anevrizmatik koroner arter ise sol ana koroner arter (LMCA)'dır. Etiyolojiye bakıldığında en sık sebep aterosklerozdur. Diğer sebepler ise enfeksiyon, vaskülit, bağ dokusu hastalıkları ve travmadır. Anevrizmaların komplikasyonları arasında tromboz, embolizasyon, iskemi ve nadiren anevrizma rüptürü bulunur. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi ligasyon ve distal baypas cerrahisi, stentleme veya antikoagülan ile medikal takip yer almaktadır. Bu olgu bildiriminde LMCA anevrizmasının cerrahi ligasyonu ve koroner arter baypas cerrahisi yaptığımız hastayı sunacağız.

YÖNTEM: 29 yaşında erkek hastaya göğüs ağrısı ile dış merkeze başvurusu sonucunda NSTEMI tanısıyla koroner anjiyografi yapılarak LMCA anevrizması tanısı konmuştu. Hastanın ameliyat öncesi rutin tahlil ve tetkikleri normaldi. Koroner bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi de yapılarak cerrahi planlandı. BT raporunda anevrizmanın en geniş çapı 28 mm idi.

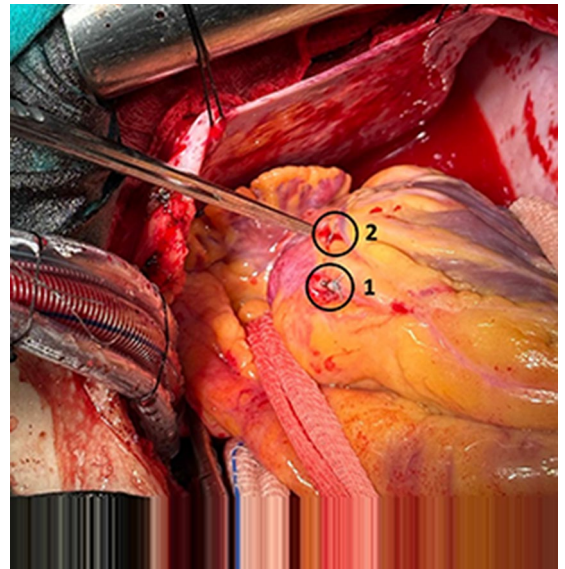
BULGULAR: Hasta ameliyata alındı. Sol atrial appendix altında LMCA anevrizması görüldü. Proksimal boyun bağlandı. Sol ön inen arter (LAD) ve sirkümfleks (Cx) arterin anevrizma kesesinden çıkışı kapatıldı. Sol internal meme arteri (LIMA)-LAD ve Ao-Om baypasları yapıldı. Yoğun bakımda hemodinamisi stabil seyreden hasta ameliyat sonrası birinci gün servise alındı ve ameliyat sonrası beşinci gün taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu olgu sunumunda koroner arter anevrizması olan bir hastanın başarılı cerrahi tedavisi paylaşıldı. Olgumuzda tedavi seçeneği olarak stentleme anevrizmanın anatomisi nedeniyle uygun bulunmadı. Antikoagülan tedavi ile takip ise anevrizmanın büyüklüğü, hastanın semptomatik ve genç olması sebebi ile tercih edilmedi. Tedavi stratejileri klinik prezentasyon, anevrizmanın yeri ve morfolojisi, yan dal etkilenimi, tortuozite, kalsifikasyon, eşlik eden hastalıklar ve hastaların tercihleri gibi faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir.

Anahtar sözcükler: Koroner arter anevrizması, koroner arter baypas cerrahisi, sol ana koroner arter.



Şekil 1. Anevrizma proksimal boyun ipek ile dönüldü.



Şekil 2. 1: Anevrizmadan çıkan LAD ostium, 2: anevrizmadan çıkan Cx ostium.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler**[EP-054]****Pandemi döneminde vasküler yaralanmalar****Hasan Ekim¹, Sameh Alagha¹, Meral Ekim²**¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Yozgat²Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yozgat

GİRİŞ VE AMAÇ: Vasküler yaralanmaların görülme sıklığı son yıllarda önemli ölçüde artmış ise de pandemi döneminde uygulanan önlemler nedeniyle sıklığında bariz azalma olmuştur. Vasküler yaralanmalar, tüm yaralanmaların %1'inden azını oluşturmalarına rağmen, yaşamı ve uzuvları riske attığından hemen tedavisi gereken yaralanmalardır. Amacımız pandemi döneminde periferik vasküler yaralanma olan hastalara uygulanan tedavilerin sonuçları değerlendirmektir.

YÖNTEM: Pandemi döneminde Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran ve periferik vasküler yaralanma nedeniyle acilen ameliyat edilen ve onam veren üçü çocuk olmak üzere 15 erkek hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

BULGULAR: Hastaların yaşı 8 ile 64 arasında değişmekte ve ortalama yaşta 37.3 ± 17.04 idi. Olguların tümünde biyokimyasal ve hematolojik tetkikler yapıldı. Ameliyat öncesi anjiyografik tetkik yapılan bir olgu hariç tüm olgularda periferik nabız kontrolü ve fizik muayenede hematoma, trileş gibi bulguların değerlendirilmesini takiben görüntüleme tetkikleri yapılmadan hastalar ameliyat edildi. Hastalarda yaralanan damarlar, olgu sayıları ve yapılan cerrahi girişimler Tablo 1'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Vasküler yaralanma ile gelen hastalarda, geri dönüşümsüz iskemik değişiklikleri önlemek için ameliyat öncesi değerlendirmenin süresi mümkün olduğunca kısa olmalıdır. Pandemi döneminin kısıtlı ortamında alt ekstremité vasküler yaralanmalarının ayrıntılı bir fizik muayenesi ve ABI'nin değerlendirilmesi çoğu kez ameliyat endikasyonu için yeterlidir. Özellikle çocuklarda gelişme devam ettiği için endovasküler girişimler yerine cerrahi onarım tercih edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Periferik, vasküler, travma, iskemi.

Tablo 1. Yaralanan damarlar ve yapılan cerrahi girişimler

Yaralanan damarlar	Olgu sayısı	Yapılan cerrahi girişim
Brakial arter	3	Bir olguda primer onarım, 2 olguda safen venle onarım yapıldı
Brakial arter ve ven	1	Brakial arter ve ven primer onarıldı.
Tibial arter	2	Primer onarım
Tibial arter ve ven	1	Tibial arter ve ven primer onarıldı.
Eksternal iliyak arter	1	Primer onarım
Subklavyan arter	1	Parsiyel sternotomi kesisiyle subklavyan arter primer onarıldı.
Aksiller arter	1	Primer onarım
Femoral arter ve ven	1	Femoral arter ve ven primer onarıldı.
Ulnar arter	2	Primer onarım
Radial arter	2	Primer onarım

Doktor Bildirileri - Kalp Yetmezliği, Transplantasyon ve Mekanik Destek Sistemleri

[EP-055]

Duchenne tipi kas Distrofisi olan bir hastada sol ventrikül destek cihazı (Heartmate 3) implantasyonu: Türkiye'den ilk olgu

Deniz Süha Küçükaksu¹, Vedat Bakuy¹, Ceren Aygün Muçuoğlu², Deniz Kızılay², Özlem Yenidünya², Osman Küçükosmanoğlu³

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

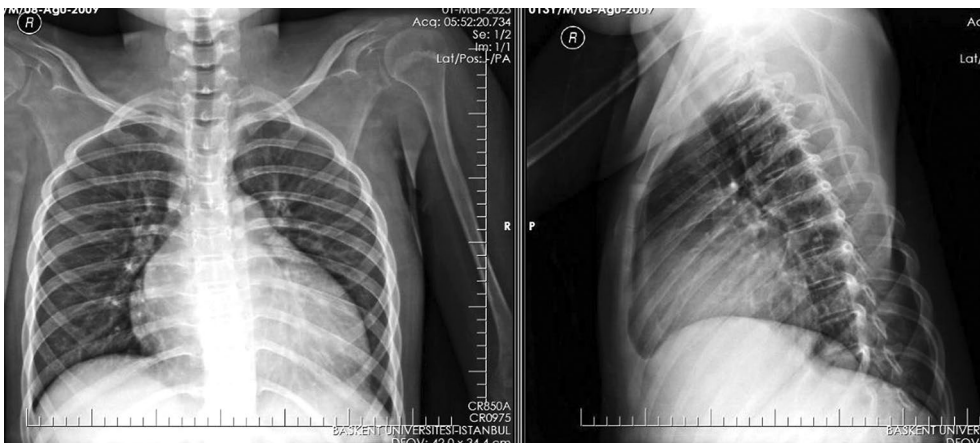
GİRİŞ VE AMAÇ: Duchenne tipi kas distrofisi (DMD) X-linked resessif geçişli genetik bir hastalık olup 1/3500 oranında erkek yeni doğanlarda görülmektedir. İskelet kaslarında nöromusküler bir bozukluk olup sıklıkla kardiyomiyopatiye neden olur. Bu durum genellikle kalp yetersizliğiyle ölüme yol açar. Bu çalışmada; DMD hastası ve optimal medikal tedaviye rağmen kalp yetersizliği gelişmiş (INTERMACS Level 4) 13 yaşındaki erkek hastada başarıyla yapılan sol ventrikül destek cihazı (LVAD) implantasyonu sunulmaktadır. Hastanın ameliyat öncesi hazırlığı, operatif anestezi ve cerrahi uygulama stratejileri ile ameliyat sonrası tedavi planı paylaşılmaktadır.

YÖNTEM: 3.5 yaşında iken DMD tanısı konan ve yurt dışında üç kez bu nedenle kök hücre tedavisi alan 13 yaşındaki erkek hasta, son beş yıldır tekerlekli sandalye ile yaşamını sürdürmekte ve son iki yıldır kalp yetersizliği tedavisi görmektedir. Son iki ay içinde klinik durumunun giderek bozulması nedeniyle (INTERMACS 4) hastaya ameliyat öncesi invazif ve non invazif tetkikler sonrası LVAD implantasyonu kararı alınmış ve gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Hastanın ameliyat ve ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyretilmiş, ameliyat sonrası 16. günde evine çıkarılmıştır. Hasta halen ameliyat sonrası 2. yılında olup hemodinamik açıdan kalp yetersizliği bulguları olmadan stabil seyretilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Duchenne tipi kas distrofili hastalarda gelişen son evre kalp yetersizliğinin tedavisinde LVAD implantasyonu seçilmiş olgularda başarılı olan ancak sınırlı kullanımda bir uygulamadır. Dünya'da ilk kez 2012 yılında DMD'li bir hastaya LVAD takılmış ve günümüze dek 20 civarında olgu bildirilmiş olup bu hasta ülkemizden bildirilen ilk olgudur. Böylesi hastalarda başarılı sonuçlar için kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, anestezi ve fizyoterapi bölümlerinin ortak planlamalarının önemi büyüktür. Özellikle bu hastalarda özel operatif anestezi ilaç uygulamaları ve erken eksübasyon stratejileri akciğer komplikasyonlarının önlenmesinde etkili olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Duchenne, kas distrofisi, heartmate 3, kalp yetersizliği, sol ventrikül destek cihazı.



Şekil 1. Ameliyat öncesi göğüs X-ray.

Doktor Bildirileri - Kalp Yetmezliği, Transplantasyon ve Mekanik Destek Sistemleri

[EP-056]

Biventriküler (sağ-sol) devamlı akımlı minyatür ventriküler destek sistemi (Heartware VAD) implantasyonu ile iki yıl yaşayan hasta: Olgu sunumu

Deniz Süha Küçükaksu¹, Vedat Bakuy Bakuy¹, Ceren Aygün Muçuoğlu², Özlem Yenidünya², Oyku Gulmez³, Hakan Altay Kıbrıslı³

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

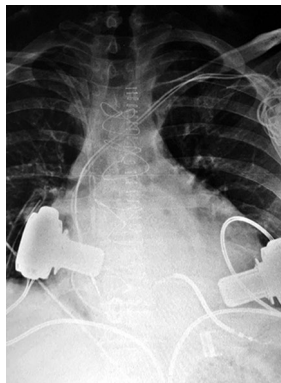
GİRİŞ VE AMAÇ: Son evre kalp yetersizliğinin INTERMACS 1-2 düzeylerinde biventriküler yetersizlikte kalp nakli dışında tedavi seçenekleri son derece azdır. Çoğu hasta bu dönemde geçici ekstrakorporeal destek cihazları ya da biventriküler destek cihazına (BiVAD) & Total Yapay Kalp (TAH) sistemleri ile kalp nakline köprüleme (BTT) ya da uzun süreli destek olarak tedavi edilmektedirler. Bu çalışmada biventriküler ileri yetmezlikli INTERMACS 2 kliniğinde olan bir hastaya kalp nakline köprüleme amaçlı implante edilen BiVAD (Heartware VAD, Medtronic, ABD) hastasının iki yıllık sonuçları sunulmaktadır.

YÖNTEM: İskemik dilate kardiyomiyopati tanısıyla 2016 yılından beri takip edilen, 2019 yılında ICD implantasyonu yapılan hastanın kalp nakli programında takip edilirken hemodinamik durumun bozulması sonucu ICU interne edilmiş ve yoğun medikal & mekanik destek tedavilerine yanıt alınamaması üzerine (INTERMACS 2) Şubat 2020'de BiVAD implantasyonu yapılmıştır.

BULGULAR: Hasta ameliyat sonrası 25. gün INTERMACS 5 düzeyinde evine çıkmıştır. Bu süreçte: pompa parametreleri sol pompa'da ortalama 3048 rpm'de 3.86 lt/dk flow (2.8-4.5), Sağ VAD ortalama 2700 rpm'de 3.4 lt/dk (2.4-4.2) olarak seyretmiştir. Ortalama INR düzeyleri 2.7 (1.8-4.8) düzeylerindedir. İki yıl süresince hasta 10 kez çeşitli düzeylerde anemi ve abdominal ödem nedeniyle interne edilmiş, bu süreçlerde üç kez yapılan endoskopik ve kolonoskopik incelemelerde üst ve alt GIS bölümlerinde herhangi bir odak bulunamamıştır. İki yıllık pompa parametrelerinin takibinde herhangi teknik/mechanik bir sorun yaşanmamıştır. Hasta acil nakli kalp statüsünde olmasına rağmen donör organ bulunamaması nedeniyle çoklu organ yetersizliği nedeniyle kaybedilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Biventriküler destek cihazına tecrübeleri dünya'da ve ülkemizde çok azdır. Bu olgu her iki VAD'ın yeterli hemodinamik desteğine rağmen uzun süreli desteklemelerde pompa kaynaklı kronik kanama komplikasyonun halen major bir problem olduğunu, uzun vadeli hemokompatibilite çalışmalarının önemini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Kalp yetersizliği, biventriküler yetersizlik, heartware VAD, sol ventrikül destek cihazı.



Şekil 1. Ameliyat sonrası 25th göğüs X-ray.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-057]

Dev koroner sinüse açılan sağ ve sirkümfleks koroner arteriyovenöz fistül

Hafize Yalınız¹, Mustafa Kemal Avşar¹, Rabia Eker Akıllı², Seyfullah Bebek², Ahmet Talip², Mesut Demir²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Anabilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Adana

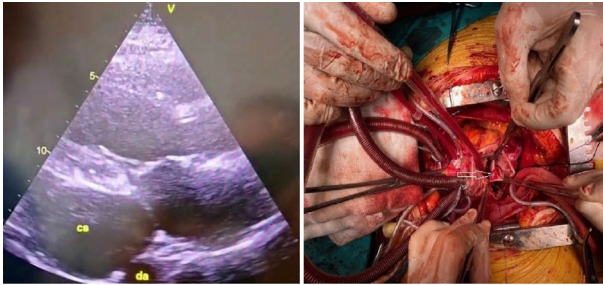
GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner arteriyovenöz fistül, büyük damar veya kalbin odacıkları ile koroner arterler arasındaki bağlantılar ile karakterize olan nadir görülen anomalilerdir.

YÖNTEM: Burada, 56 yaşında 10 yıldan buyana eforla artış gösteren dispnesi, çarpıntısı, anginası olan kadın hasta sunulmaktadır. Hastanın transtorakal ekokardiyografisinde sağ koroner arter ile 57 mm çapındaki dev koroner sinüs arasında fistül, ileri derecede perikardial effüzyon görüldü (Şekil 1a). Ameliyat öncesi koroner anjiyografisinde; fistülün sağ-posterior desending koroner arter ve sirkümfleks-posterolateral koroner arterlerden kaynaklandığı, her iki koroner arterin aşırı derece de dilate, anevrmatik olduğu, dev anevrizmatik koroner sinüse fistülize oldukları görüldü. Ameliyatta kardiyopulmoner baypas eşliğinde sağ atriyotomi yapıldı. Koroner sinüse ait tebeşian valv ağzının ileri derecede stenotik ve 2 mm açıklığının olduğu görüldü (Şekil 1b). Tebeşian valv eksize edilerek stenozu giderildi. Koroner sinüs içerisinde sağ ve sirkümfleks koroner artere ait iki adet fistül ağzı 4/0 prolene ile sütüre edilerek kapatıldı.

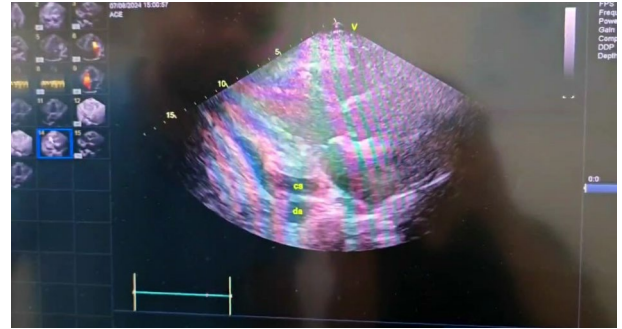
BULGULAR: Ameliyat sonrası yapılan 15. gün transtorakal ekokardiyografisinde fistüllerin tamamen kapatıldığı ve koroner sinüsün boyutlarının küçüldüğü-(24 mm) görüldü (Şekil 2). Sorunu olmayan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Küçük çapta olan koroner arteriovenöz fistüller asemptomatik olup kapatılmasına gerek yoktur. Ancak büyük çaplı fistüller zamanla daha da büyüme eğilimindedir. Konjestif kalp yetmezliği, miyokart infarktüsü, aritmiler, enfektif endokardit, anevrizma –rüptür, ve ölüm gibi komplikasyonların görülmesinde artan yaşla birlikte artış olmaktadır. Bu nedenle semptomatik olanlar tespit edilir edilmez cerrahi olarak kapatılmalıdır. Koroner arter fistülü ekstrakardiyak ya da sütür ile intrakardiyak kapatılması mortalite ve morbidite üzerine olumsuz etki oluşturmadan uygulanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Koroner arteriyovenöz fistül, koroner sinüs.



Şekil 1.



Şekil 2.

Doktor Bildirileri - Aort (Abdominal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-060]

Leriche sendromlu ve KABG ameliyatı geçiren hastalarda akut alt ekstremitte iskemisi

Mehmet Erin Tüysüz, Ali Gül, Ahmet Turhan Kılıç, Ferruh Elbir, Yasin Melek, Mehmet Gül, Vehbi Kınay

Mersin Devlet Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Mersin

GİRİŞ VE AMAÇ: Leriche sendromu, abdominal aort ve bilateral iliyak arterlerin tam oklüzyonudur. Alt ekstremitte kladikasyonu ve empotans ile ortaya çıkar. Hastanın alt ekstremitte dolaşımı, epigastrik superior ve inferior arterler aracılığıyla internal mammarial ve common femoral arterler arasında anastomosis ile desteklenir. İnternal mammarial arterlerin koroner arter baypas greftleme (KABG) işlemi için kullanımı, Leriche sendromu olan hastalarda alt ekstremitte kan akışını bozabilir.

YÖNTEM: 61 ve 59 yaşında iki erkek hasta, göğüs ağrısı sebebiyle hastalara unstable anjina tanısıyla anjiyografi yapıldı. Aterosklerotik kalp hastalığı tanısı konulup KABG endikasyonu konusunda bize danıştılar. KABG planlandı. Hasta A, 61 yaşında, KBY, topallama ve 20 yıldır sigara içiyordu. Elektif KABGx4 uygulandı ve sol ön inen arter (LAD) anastomozu için sol internal meme arteri (LIMA) greft kullanıldı. Ameliyat sonrası 1. gün yapılan fizik muayenede sol ayağında iskemik bir değişiklik tespit edildi ve acil bt anjiyografisi çekildi. Leriche sendromu olduğu belirlendi. Acil aortabifemoral baypas ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası 4. gün hepatorenal sendrom ve asidozun derinleşmesi nedeniyle öldü. 59 yaşındaki hasta B, ht ve KOAH'ı vardı ama kladikasyon yoktu. Elektif KABGx4 uygulandı ve LAD anastomozu için LIMA greft kullanıldı. Ameliyat sonrası 1. günde sol ayağında iskemik bir değişiklik tespit edildi ve hastaya acil bt anjiyografisi çekildi. Leriche sendromu olduğu belirlendi. Acil aortabifemoral baypas ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası 3. gün servise alındı ve 15. günde taburculuk edildi.

BULGULAR: Aterosklerotik kalp hastalığı ile ameliyat edilen ve LAD anastomozu için LIMA greft kullanan hastalar. LIMA kullanımı, Leriche sendromu nedeniyle alt ekstremitte iskemisine neden olmuştur ve hastalar acil ekstremitte kurtarma cerrahisine ihtiyaç duymaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: KABG uygulanacak hastalarda, morbidite ve mortalite riskleri tespit edilmeli ve ek hastalıkların varlığı, greft kullanımını etkileyebileceğinden, ameliyat öncesi dönemde dikkatlice incelenmelidir.

Anahtar sözcükler: Leriche sendromu, aortabifemoral baypas.

Asistan Bildirileri

[EP-062]

Erken dönemde dejenere olan biyoprotez aortik valve, eşlik eden başarısız valve-in-valve girişimi

Huseyin Demirtas, Abdullah Özer, Eda Nur Yigiter, Okan Yaman, Yusuf Unal

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

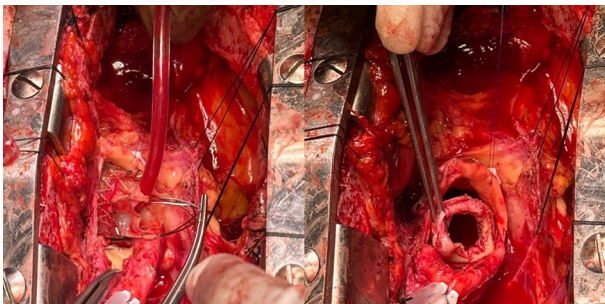
GİRİŞ VE AMAÇ: Dünya genelinde yılda 300.000-400.000 arasında cerrahi kapak replasmanı gerçekleştirilmektedir. Aort kapak replasmanı (AVR) cerrahi müdahalelerin çoğunluğunu oluşturmakta, bunu mitral ve triküspit kapak replasmanı takip etmektedir. 50 yaşından küçük hastalarda mekanik aort kapak, 70 yaşından büyük hastalarda biyolojik kapak; 50-70 yaş arası hastalarda her iki tipin de kullanılması önerilmektedir.

YÖNTEM: Biz olgumuzda ameliyat sonrası birinci yılda dejenere olan biyoprotez kapak, başarısız transkateter aortik kapak implantasyonu (TAVİ)/valve-in-valve girişimi meydana gelen hastamızda süreç yönetimimizi, tekrar ameliyat deneyimimizi paylaştık.

BULGULAR: Koroner arter hastalığı (KAH), hipertansiyon (HT), kronik böbrek hastalığının (KBH) ile takipli 78 yaş erkek hasta nefes darlığı (ND), halsizlik ile hastaneye başvurdu. Ciddi aort darlığı (AD) ve KAH saptanan hastaya 11 ay önce AVR (19 mm biyolojik kapak) ve iki damar koroner arter baypas greftleme (KABG) yapıldı. ameliyat sonrası 11. ayda yorgunluk, ND şikayetleri yineleyen hastaya yapılan TTE'de protez kapakta ciddi AD saptandı. Kardiyoloji tarafından transkateter kapak içinde kapak replasmanı işlemi uygulandı. İşlem sonrası sorunsuz taburcu edilen hastada 1. ayda ND, bacaklarda şişlik şikayetleri tekrarladı. TAVİ yapılmış biyoprotez kapakta TTE'de 70/45 peak sistolik gradient, 4.2 m/sn velosite ölçüldü, ciddi AD saptandı. Hastaya ivedi cerrahi planlandı. Transcatheter aortic valve implantation kapak ve önceden yerleştirilen biyolojik kapak komplikasyonsuz çıkarıldı (Şekil 1, 2). Dekalsifikasyon sonrası L boy sutureless kapak yerleştirildi. Hasta ameliyat sonrası 17. günde 1x20 mg rivaroksaban ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Son zamanlarda, daha genç hastalarda biyolojik kapakların kullanımına yönelik artan bir eğilim vardır. Bunun gerekçesi, dejenerasyon durumunda TAVİ/valve-in-valve olasılığıdır. Yapısal kapak dejenerasyonu biyoprotez kapak dayanıklılığının ana belirleyicisidir. Transprostetik gradyanlardaki değişiklikler ve yetersizliğin şiddeti "kapak hemodinamik bozulması (VHD)" terimini ortaya çıkarmıştır. VHD'nin başlangıcını belirleyen risk faktörleri ise yüksek serum kreatinin, domuz doku kapakçıkları, arteriyel hipertansiyon ve PPM'dir. Hastamızda KBH ve AHT'in erken dönemde VHD'ye sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: TAVİ, aort kapak replasmanı, valve-in-valve, dejeneratif biyoprotez kapak.



Şekil 1. Ameliyat sırasında valve-in-valve stenti ve kalsifik biyoprotez kapağın çıkarılması.



Şekil 2. Çıkarılan valve-in-valve stenti ve kalsifik biyoprotez kapak.

Doktor Bildirileri - Kalp Yetmezliği, Transplantasyon ve Mekanik Destek Sistemleri

[EP-064]

Modifiye Carpentier tekniği ile onarım yapılan Ebstein anomalisinde 32 yıl sonra kalp nakli: Olgu sunumu

Deniz Süha Küçükaksu¹, Vedat Bakuy¹, Orkan Küçükaksu⁶, Ceren Aygün Muçuoğlu², Özlem Yenidünya², Saime Ramadan⁴, Gulbin Oran⁴, Burak Hönük³, Oyku Gulmez³, Hakan Altay³, Nurcan Arat⁵

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

⁴İstanbul Başkent Üniversitesi Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

⁵S.B. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

⁶Bahçeşehir Tıp Fakültesi, İstanbul

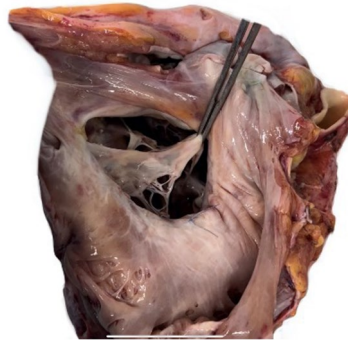
GİRİŞ VE AMAÇ: Ebstein anomali (EA), tüm konjenital kalp hastalıklarının %1'inden daha azını oluşturan nadir bir doğuştan kalp hastalığıdır. Bu çalışma; 11 yaşında EA Tip C tanısı konulan ve 32 yıl önce modifiye Carpentier longitudinal plikasyon prosedürü kullanılarak triküspit kapak (TV) rekonstrüksiyonu yapılan 49 yaşındaki bir kadın hastayı sunmaktadır. Hasta ameliyat sonrası uzun yıllar klinik olarak NYHA I-II'de hayatını sürdürmüştür.

YÖNTEM: Son beş yıl içinde optimal medikal tedaviye rağmen giderek kalp yetersizliğinin klinik belirtilerinin gelişmesi (NYHA IV), ciddi sağ ventrikül yetmezliği, aritmi, belirgin kardiyak genişleme, bilateral plevral efüzyon, Karında asit ve portal hipertansiyon belirtileri ile başvurmuştur. Ekokardiyografi, kardiyak kateterizasyon ve bilgisayarlı tomografi gibi tanısal görüntüleme yöntemleri ileri derecede konjestif kalp yetmezliği tespit edilmiştir. Hastaya 6 Kasım 2023 tarihinde kalp nakli gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Çıkarılan kalbin patolojik incelemesinde; rekonstrükte edilen triküspit kapakta dejenerasyon, atriyal ve ventriküler genişleme, triküspit anulus dilatasyonu ve atrialize odacığın longitudinal plikasyonuna ait fibrotik doku oluşumu gibi önemli patofizyolojik özellikler görülmüştür. (Şekil 1-3'te gösterildiği gibi). Hasta şu anda kalp nakli sonrası ikinci yılında, stabil durumda, NYHA I olarak izlenmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu olgu, modifiye Carpentier longitudinal plikasyon tekniği ile 32 yıl önce cerrahi onarım yapılan EA Tip C hastalarında TV rekonstrüksiyonunun potansiyel uzun ömürlülüğünü göstermektedir. Klinik uygulama açısından bu olgu, uzun vadeli izleme ve konjenital kalp anomalilerinin cerrahi tedavisinde tekniklerin ve dayanıklı materyallerin önemini de göstermektedir. Bildiğimiz kadarıyla, bu olgu, EA Tip C'den etkilenen bir kalbin ve yapılan onarımın 32 yıl sonraki detaylı makroskopik temelli ilk değerlendirmesi ve ülkemizde 32 yıllık onarım sonrası başarılı kalp nakli yapılan ilk Ebstein olgusudur.

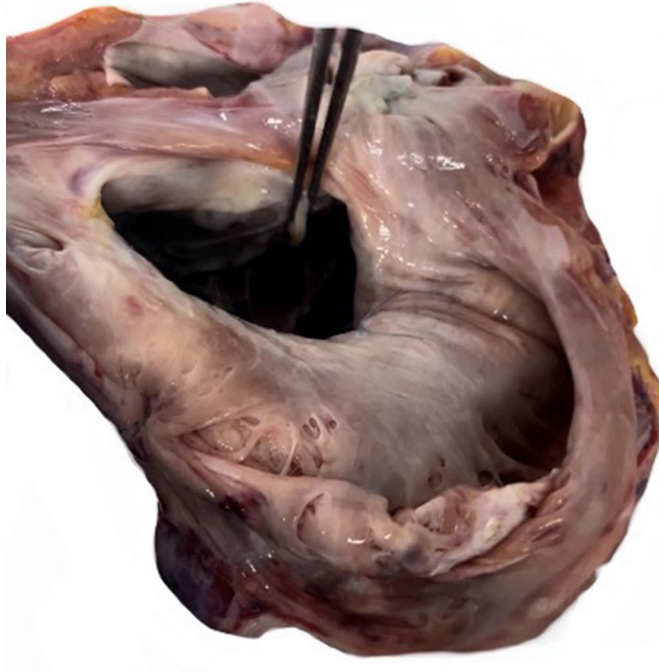
Anahtar sözcükler: Kalp nakli, Ebstein anomali, Carpentier tekniği, longitudinal plikasyon.



Şekil 1. Trikuspid kapağının atriyal görünümü: Anterior, septal ve posterior yaprakcıklar A, S ve P olarak etiketlenmiştir.



Şekil 2. TK rekonstruksiyonu sonrasında anterior yaprakcığın (A) daha üst bir pozisyonda olduğu gösterilmiştir; septal yaprakcık inferiorda yer alır ve görünmez. Önceki TK anuloplasti dikiş pozisyonunun kalan kısmı görünür ve anterior yaprakcığın hareketliliğinin dikiş alanı nedeniyle azaldığı belirlenmiştir.



Şekil 3. Trikupit kapağının atriyal görünümü: Anterior, septal ve posterior yaprakcıklar A, S ve P olarak etiketlenmiştir.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-065]

25 yaşında bir kadında gebelikle ilişkili spontan koroner arter diseksiyonu

Osman Fehmi Beyazal, Gültekin Saday, Abdussamet Asaroğlu, Mehmed Yanartas, Nihan Kayalar

S.B.Ü İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Gebelikle ilişkili spontan koroner arter diseksiyonu (P-SCAD), gebelik sırasında nadir görülen ve yaşamı tehdit eden, koroner arter duvarlarının travmatik ve iyatrojenik olmayan ayrılması ve yanlış lümen oluşumu ile karakterize olan bir durumdur. P-SCAD, gebelikle ilişkili akut miyokart enfarktüsünün (AMI) %14,5 ila %43'ünü oluşturur. Özellikle genç kadınlarda ve kardiyovasküler hastalık riski yüksek olmayan hastalarda gelişebildiği için sıklıkla yanlış teşhis edilebilir.

YÖNTEM: 25 yaşında kadın hasta gebeliğinin 37. haftasında göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Tıbbi geçmişinde iki yıl önce geçirdiği sezaryen dışında bir özellik yoktu. V1, V2 ve AVR derivasyonlarında yaygın ST segment çökmesi ve ST segment yükselmesi vardı. Hasta multidisipliner olarak değerlendirildi ve önce acil sezaryen yapılmasına ve ardından acil olarak koroner anjiyografi yapılmasına karar verildi. Sol ön inen arterin (LAD) lümeni içinde diseksiyon gözlemlendi. Sol ön inen arter, sağ koroner arterden retrograd olarak doluyor, ancak antegrad dolum izlenmedi(Tip 2 SCAD)(Şekil 1).

BULGULAR: Hemodinamisi stabil olan ve elektrokardiyografisinde değişiklik olmayan hasta yoğun bakım ünitesinde stabilenerek izlendi. Yakın zamandaki sezaryen ameliyatına bağlı yüksek kanama riski nedeniyle iki gün sonra on-pump yöntem ile atan kalpte koroner arter baypas greftleme yapıldı. Sol ön inen arter ve diyagonal arter, sol internal torasik arter ve safen ven greftleriyle anastomoz edildi. Ameliyat sonrası 8. günde herhangi bir komplikasyon yaşanmadan hastaneden taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: P-SCAD özellikle genç yaşta ortaya çıkabilen önemli bir durumdur, tanısı gözden kaçabilir ancak ciddi klinik sonuçlara yol açabilir. Tedavi stratejisi multidisipliner bir şekilde kararlaştırılmalı ve her hasta için kişiselleştirilmelidir. Özellikle kardiyovasküler risk faktörleri olmayan genç bir hamile hasta miyokart enfarktüsü bulgularıyla geldiğinde bu tanı akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, diseksiyon, miyokart enfarktüsü.



Şekil 1. (a) Koroner anjiyografi, sol ön inen arterin (LAD) lümeninde diseksiyon olduğunu gösteriyor. LAD, sağ koroner arterden retrograd olarak doluyor, ancak antegrad dolum gözlemlenmiyor. **(b)** Bilgisayarlı tomografi anjiyografi, proksimal sol ana koroner arterde ve LAD ostiumunda akım olmadığını ve LAD'de diseksiyonla tutarlı bulguların tespit edildiğini gösteriyor.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-066]

Koroner arter baypas greftlemesi yapılan bir hastada transkateter aort kapak implantasyonu sonrası ventriküler embolizasyon

Osman Fehmi Beyazal, Hasan Tezcan, Mehmed Yanartas, Nihan Kayalar, Süleyman Yazıcı

Istanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul

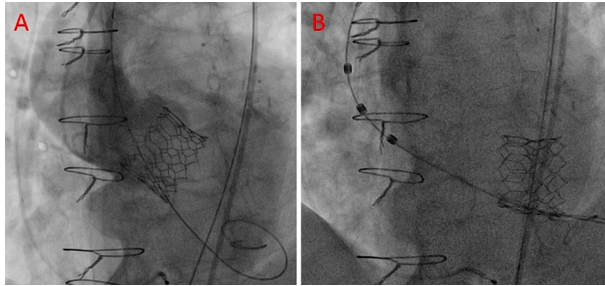
GİRİŞ VE AMAÇ: Transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI), ileri aort darlığı (AD) olan yaşlı hastalarda, yüksek riskli hastalarda veya ameliyata uygun olmayan hastalarda önerilmektedir. Uygun hastalarda başarılı sonuçlar bildirilmiştir, ancak vasküler sorunlar, aort kökü, paravalvüler kaçak ve kapak embolizasyonu gibi birçok ciddi komplikasyon ortaya çıkabilir. Kapak embolizasyonu yaşamı tehdit eden ve acil müdahale gerektiren en önemli komplikasyonlardan biridir.

YÖNTEM: 61 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet ve koroner arter baypas greft ameliyatı öyküsü vardı. Transtorasik ekokardiyografide şiddetli AD ortaya çıktı. Society of Thoracic Surgeons (STS) skoru tahmini morbidite ve mortalite %11,2 idi. Transfemoral TAVI yapıldı ancak balon kapaktan geçirilirken kapağın ventriküle embolize olduğu görüldü. Ventrikül içindeki kapakçığın pozisyonu nedeniyle, hareket edip sol ventrikül çıkış yolunu (LVOT) kapatmasını ve ani hemodinamik bozulmaya neden olmasını önlemek için kapağı tutan kılavuz tel çıkarılmadı ve yerinde bırakıldı.

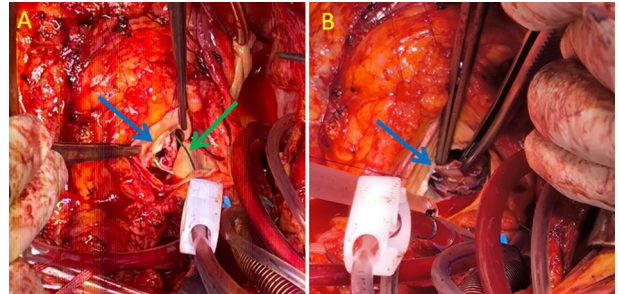
BULGULAR: Hasta acil şartlarda ameliyata alındı. Resternotomi sonrasında ventrikül içine düşen kapak ve bu kapağı tutan destek teli görüldü (Şekil 1). Nativ aort kapak rezeke edildi ve destek teli kesilerek kapaktan ayrıldı. Sol ventriküle düşen ve LVOT üzerinde bulunan kapak, çevre dokulara sıkıştığı için tek parça halinde çıkarılamadı. Tel kesiciler ve makas yardımıyla üç parçaya ayrıldı ve ardından cerrahi aort kapak replasmanı yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 8. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İleri AD'de uygun hastalarda endovasküler yöntemler tercih edilebilir ancak bunların başarısız olduğu durumlarda acil açık kalp ameliyatı gereklidir. Kardiyak cerrahi geçirmiş hastalarda torakotomi ile ilk kapak çıkarılıp ikinci kapak takılabileceği gibi sternotomi ile de kapağın çıkarılması gerekebilmektedir. Bu konuda uygun hasta seçimi önemlidir. En önemli noktalardan biri embolizasyon olduğunda kılavuz telin çıkarılmamasıdır.

Anahtar sözcükler: Transkateter aort kapak implantasyonu, aort darlığı, embolizasyon.



Şekil 1. (a) Yerleştirildikten sonra transkateter aort kapağın floroskopik görüntüsü. **(b)** Kapağın ventriküle embolize olmasından sonraki floroskopik görüntüsü.



Şekil 2. (a) Yeşil ok kapağı yerinde tutan kılavuz teli, mavi ok ise kalsifiye nativ aort kapağını göstermektedir. **(b)** Mavi ok, ventriküler embolize olan transkateter aort kapağını göstermektedir.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-067]

Sağ ventrikül çıkış yolunu tıkayan intrakardiyak glomus tümörü: nadir bir olgu sunumu

Bilge Ecemiş Yılmaz¹, Osman Fehmi Beyazal², Berk Durak¹, Korhan Erkanlı¹

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.D, İstanbul*

²*S.B.Ü İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul*

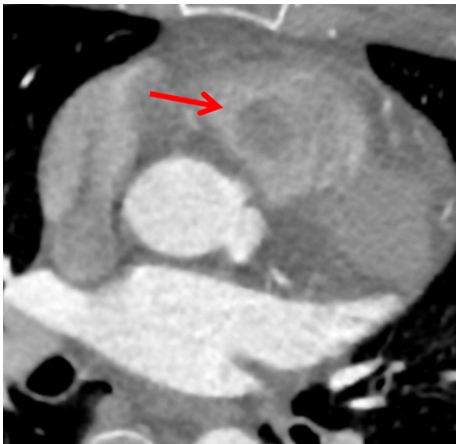
GİRİŞ VE AMAÇ: İntrakardiyak glomus tümörleri, mezenkimal hücrelerden kaynaklanan çok nadir görülen neoplazmlardır. Soliter glomus tümörleri genellikle iyi huyludur ve çoğunlukla uzuvların derisinde görülür. Yine de, uzuvlar dışındaki yerlerde nadiren nonkutanöz visseral glomus tümörleri olguları bildirilmiştir. Literatürde intrakardiyak olgular son derece nadirdir ve sıklıkla kalbin diğer solid kitleleriyle karıştırılır.

YÖNTEM: 57 yaşında kadın hasta dispne ve tekrarlayan aritmi atakları nedeniyle başvurdu. Diyabetes mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı dışında ek bir hastalığı yoktu. Transtorasik ekokardiyografi (TTE), bilgisayarlı tomografisi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme yapıldı ve sağ ventrikül çıkış yolunda (RVOT) tıkanıklığa neden olan kitle saptandı (Şekil 1). TTE'de ejeksiyon fraksiyonu ve kapak fonksiyonları normaldi, ancak RVOT'de 48 mmHg'lik bir gradient ölçüldü. Koroner anjiyografide sağ koroner arterde (RCA) %95 darlık saptandı. Boyun karotis ultrasonografisinde tümör saptanmadı.

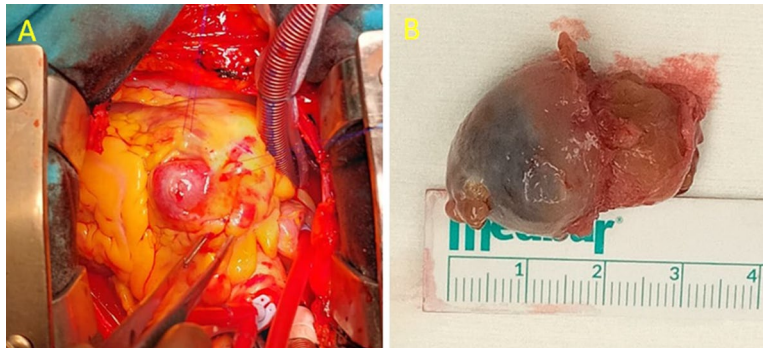
BULGULAR: Ameliyata alınan hastada, sağ ventrikülün ön yüzünde 3x2 cm boyutlarında kitle mevcuttu (Şekil 2). Triküspit kapakta invazyon gözlenmedi. Ventriküle uzanan kitle çevre dokulara zarar vermeden çıkarıldı. RVOT'deki kas bantları rezeke edildi ve sağ ventriküldeki defekt perikardiyal yama kullanılarak onarıldı. RCA, safen ven grefti ile baypas edildi. Hasta 5. günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. 6 ay sonra yapılan TTE ve BT sonucunda nüks saptanmadı. Mikroskopik olarak tümör ince damarsal yapılar, düz kas hücreleri ve küçük yuvarlak çekirdeklere sahip homojen glomus hücrelerinden oluşuyordu. Malign potansiyelin kanıtı olarak atipik veya mitotik hücreler ve nekroz gözlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İntrakardiyak glomangiomerler, literatürde çok az miktarda olgu sunumu olarak bildirilmiş olup, kardiyak tümörler arasında çok nadir görülen kitlelerdir. Bu olgunun ameliyat öncesi semptomları, tanı adımları, cerrahi prosedürü ve klinikopatolojik özellikleri, bu tür kitlelerde klinisyenlere farklı bir bakış açısı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Kardiyak tümörler, Glomus tümörü, glomangioma, sağ ventrikül çıkış obstrüksiyonu.



Şekil 1. Sağ ventrikül çıkış yolundaki kitlenin bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



Şekil 2. (a) Sağ ventrikülün ön yüzündeki glomus tümörünün ameliyat sırası görünümü, (b) İntrakardiyak glomus tümörünün rezeksiyonundan sonraki görünümü.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-068]

Glue tedavisi sonrası rekanalize imkompetan vena safena magna olgusunun diz üstü stripping ve pake eksizyonları ile tedavisi

Bariş Akça, Cihan Yetiş, Mehmet Emin Murat, Mehmet Cengiz Çolak

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ VE AMAÇ: Endovenöz N-butil-siyanoakrilat (NBCA) enjeksiyonu kronik venöz yetmezlik tedavisinde kullanılan nontermal, nontümesan damar ablasyon tekniğidir. NBCA kanla polimerize olarak, duvar yapışmasına neden olmadan mekanik tıkanıklığa yol açmakta, granülomatöz cisim reaksiyonu ile ven duvarı enflamasyonuna bağlı fibrotik bozulmaya neden olmaktadır. NBCA tedavisi sonrasında rekanalize imkompetan vena safena magna (VSM) olgusunun tedavisi sunulmaktadır.

YÖNTEM: 56 yaşında erkek hasta sol bacakta ağrı, şişlik ve ayak bileğinde altı aydır oluşan renk değişikliği şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sol alt ekstremitede CEAP C 3-4 varisi (çap artışı, pakeler ve bilek medialinde pigmentasyon) ve bir yıl önce NBCA uygulanma öyküsü vardı. (Figür 1a, b) Doppler ultrasonografi (USG)'de safenofemoral bileşkede 8-9 sn, VSM de valsava ile 7-8 sn reflü akım izlenerek supinde VSM çapı proksimalde 9 mm, diz üstü seviyede 7.8 mm ölçüldü. Ultrasonografik haritalamamızda geniş VSM lümeninde uyukluk 1/3 orta kısımda komprese olmayan distalinden lümen yapışıklık ve duvarda düzensizliklerin izlendiği kısmen serbest yüzen lümen imajı NBCA görüldü (Şekil 1c,d). Rekanalize imkompetan VSM olgusuna stripping ve pake eksizyonları planlandı.

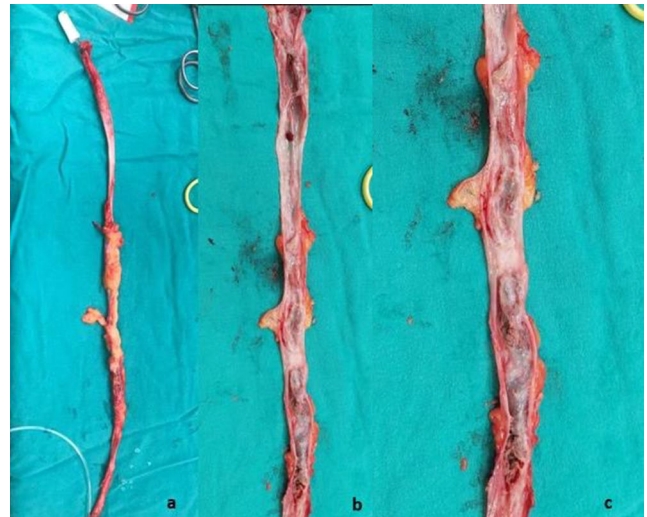
BULGULAR: Genel anestezi altında VSM safeno-femoral bileşke düzeyinden eksplere edilerek dallarının bağlamasını takiben diz seviyesinden gönderilen stripperla bağlanarak diz üstü stripping ve pake eksizyonları yapıldı (Şekil 2a,b,c). Makroskobik resimlenen VSM'nin histopatolojisinde lümenoid alanlarda yabancı cisim reaksiyonu ile uyumlu bulgular görüldü. Ertesi gün sorunsuz taburcu edilen hastanın üç ay sonraki kontrolünde şikayeti olmadığı ve bacak çapının azalarak renk değişikliğinin azaldığı görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: NBCA tedavisinde açıklık çalışmaları yüz güldürücü olsada geniş damar çapı artmış rekanalizasyon oranları ile ilişkilendirilmektedir. Daha geniş çaplarda nüks riskinin arttığı unutulmamalı ayrıca NBCA migrasyon şüphesi akılda tutularak hasta takibi daha sık planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kronik venöz yetmezlik, N-butil-siyanoakrilat ablasyonu, klasik cerrahi, stripping.



Şekil 1. Ameliyat öncesi C3-4 görünüm ve haritalama (a, b) Geniş VSM lümeninde kısmen yüzen, komprese olmayan glue (c, d).



Şekil 2. Stripping yapılan VSM segmenti (a) ve lümen içerisinde polimerize olmuş glue (b, c) makroskobik görünümü.

Asistan Bildirileri

[EP-069]

Karotis endarterektomi sonrası akut arter oklüzyonu tedavisi

Merve Cunurlu, Murat Uğur

İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Karotis endarterektomi asemptomatik $\geq$ %70 darlık veya internal karotis arterin semptomatik %50-99 darlığı için altın standart tedavidir. Karotis endarterektomi sonrası morbidite ve mortalite oranlarının arttığı erken ameliyat sonrası inme nadir görülen bir komplikasyondur. Ameliyattan sonra felç devam ederse prognoz daha da kötüdür. Bu nedenle yakın takip, nörolojik semptomların erken dönemde değerlendirilmesi ve en etkin tedavi işleminin zamanında gerçekleştirilmesi ameliyat sonrası semptomların ve nörolojik durumun iyileştirilmesi açısından önemlidir.

YÖNTEM: Sol kolda aralıklı uyuşma ve konuşma bozukluğu şikayeti olan 75 yaşındaki kadın hastaya, sağ internal karotis arter proksimalindeki %85-90 darlık nedeniyle sağ karotis endarterektomi ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası takiplerde sorun yaşanmadı. Hasta ameliyat sonrası birinci günde yoğun bakım ünitesinden kalp ve damar cerrahisi servisine devredildi. Hastada ameliyatın 32. saatinde ani sol hemipleji ve sol homonim hemianopsi gelişti. Bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA)'da sağ internal karotis arterin total tıkalı olduğu görüldü. Endovasküler yaklaşımla yapılan trombektomi, telin trombüsü geçememesi nedeniyle başarısız oldu. Hasta acil ameliyata alındı. Önceki sütürlerin eksizyonu ile arteriyotomi yapıldı. Taze trombüs internal karotis arterin hemen ostiumundan çıkarıldı. Arteriyotomi patchplasti ile onarıldı

BULGULAR: Ameliyattan hemen sonra homonim hemianopsisi düzeldi. Ameliyattan sonra hastanın kas gücünde dramatik bir iyileşme görüldü. Ameliyat sonrası ikinci gün nörolojik muayenesi normal olan hasta, beşinci gün nörolojik bulguları tamamen normal olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Karotis endarterektomiden sonra acil eksplorasyon yapılması ameliyat sonrası morbidite ve mortaliteyi azaltabilir. Karotis endarterektomi sonrası gelişen akut karotis arter tıkanıklıklarında cerrahi embolektomi, trombüsün hızla ortadan kaldırılmasını sağlar ve hastanede kalış süresini kısaltarak mortalite ve morbidite oranlarını azaltır. Ameliyat sonrası akut tıkanıklıkların tedavisinde cerrahi embolektomi, trombektominin başarısız olduğu veya kısa vadede uygulanamadığı durumlarda trombektomiye alternatif olarak düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Karotis, akut oklüzyon, embolektomi.

Asistan Bildirileri

[EP-071]

İskemik inme ile başvuran nadir enfektif endokardit olgusu; Aort ve mitral kapak tutulumlu MAİVF olgusunun VV-ECMO ile başarılı tedavisi

Hicret Kumalar Gişi, Süleyman Uğur Yılmaz, Ayşe Merve Altunal, Fatih Özüğür, Nofel Ahmet Binicier, Mehmet Coşkun, Gültekin Coşkun, Nail Kahraman, Deniz Demir

Bursa Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ: Enfektif endokardit (EE) enflamasyon yolu ile kalp kapaklarının yapısal ve işlevsel olarak zedelenmeye uğramasıdır. Nadir görülmesine karşın yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Seyrinde sistemik ve kardiyak birçok klinik bulgu ve komplikasyon görülebilmektedir. Bunlar içerisinde en sık görüleni ve en ciddi sonuçları olan nörolojik komplikasyonlardır. Uygun tedaviye rağmen bazen cerrahi müdahale kaçınılmaz olur.

YÖNTEM: Kırk altı yaş, erkek hasta konuşmada peltekleşme şikayeti ile başvurduğu hastaneden iskemik inme ile sevk edilerek nöroloji yoğun bakıma interne edilmiş. Ekokardiyografide; mitral ve aort kapak üzerinde hiperekojen mobil vejetasyon ve kan kültüründe metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) üremesi olan hastaya Duke Kriterlerini karşılayarak EE tanısı konulmuş. Takiplerinde ileri mitral ve aort yetmezliği saptanan hasta kapak replasmanı açısından devir alındı. Ameliyatta aort kapak NCC üzerindeki vejetasyon, mitral kapak anterior ve posterior leafletler üzerindeki vejetasyonlar temizlendi, metalik mitral kapak replase edildi. Anevrizmatik olan MAİVF dokusu pledgetli sütürlarla onarıldı. Nick prosedürü ile aort kök genişletilerek metalik aort kapak implante edildi. Ameliyat sonrası erken dönemde entübe, hemodinamisi instabil olması ve akciğer hastalığı olmamasına rağmen pO₂ değerinin yükselmemesi ve pCO₂'nin düşürülebilmesi üzerine venö-venöz ECMO desteğine alındı, beş gün sonra uygun koşullar sağlanınca ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO)'dan ayrıldı, yedinci günde ekstübe, 24. günde de taburcu edildi.

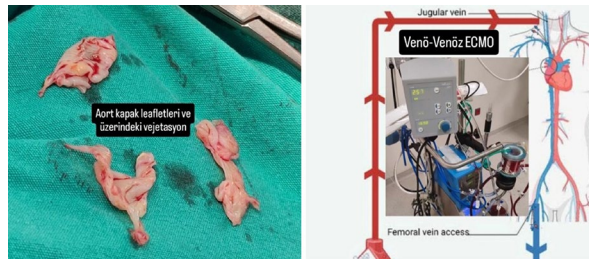
BULGULAR: Enfektif endokarditin çeşitli klinik bulguları olması ve değişen epidemiyolojik özellikleri nedeniyle tanısında güçlükler olabilmektedir ve MAİVF birlikteliği nadirdir. Olgumuzda olduğu gibi inmede kardiyak etiyolojiden şüphelenilerek tanı ve tedavisi uygun şekilde planlanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Nörolojik semptomlarla gelen EE olgumuzu sizlerle paylaşmak istedik. Bu tür olguların tedavisinde cerrahi rezeksiyon çok etkilidir, ancak erken yoğun bakım sürecinde olgumuzda olduğu gibi respiratuar patolojisi açıklanamayan olgularda VV-ECMO desteği de hayat kurtarıcı bir tedavi olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: MAİVF, ECMO, enfektif endokardit, inme.



Şekil 1. Mitral kapak anterior leafletteki vejetasyon ve perforasyon.



Şekil 2. Aort kapak leafletleri üzerindeki vejetasyonlar ve VV-ECMO.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-072]

Ateşli silah yaralanması sonrası femoral arter onarımında tercih ne olmalı?: Olgu sunumu

Muhammet Selim Yaşar, Osman Türe

Mardin Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Mardin

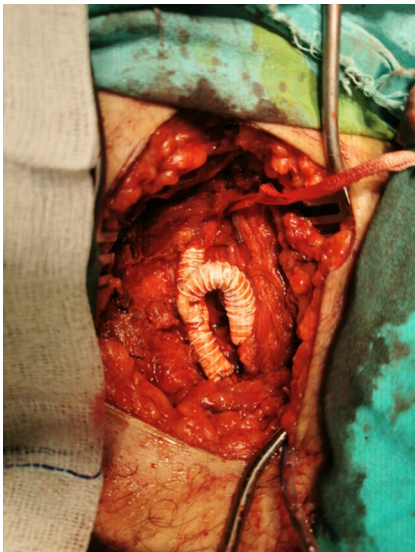
GİRİŞ VE AMAÇ: Ekstremitelere ait vasküler yaralanmaların kontrol ve yönetiminde açık cerrahi onarım, temel tedavi stratejileri arasındaki önemini korumaktadır. Hemodinamik instabilite ve multipl organ disfonksiyonu ihtimalinin yüksek olduğu bu hasta grubunda uygulanan cerrahi prosedürün mümkün olduğunca hızlı ve foksiyonel olması gerekmektedir. Bu olguda, sol ana femoral arter uç-uca anastomoz ile onarım disfonksiyonu nedeniyle tekrar ameliyat edilerek greft interpozisyonu uygulanan hasta tartışılmıştır.

YÖNTEM: Aynı olguda ardışık uygulanan iki farklı cerrahi prosedürün sonuçları incelenmiştir.

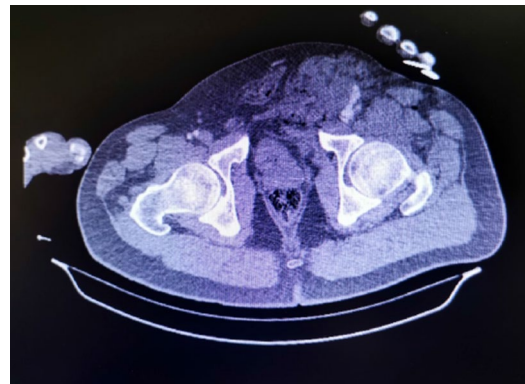
BULGULAR: 33 yaşında erkek hasta, sol inguinal/femoral bölgeden ateşli silah yaralanması sonrası bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografisinde sol retroperitoneal bölgede ektravazasyon/hematom olması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Acil şartlarda ameliyata alınan hastada sol ana femoral arterin, derin/yüzeyel femoral arter bifurkasyonundan itibaren separe olduğu ayrıca derin femoral venin safeno-femoral junction seviyesinde transekte olduğu görüldü. Inguinal ligaman kısmi kesilerek CFA proksimaline ve distalde SFA/DFA'ya x-clamp konularak arteriyel kanama kontrol altına alındı. Venöz kanama ise primer sütürasyon ve damar ligasyonu ile durduruldu. Masif kanama ile birlikte hipotermi ve metabolik asidoz eşlik eden hastada ameliyat süresi de gözetilerek intima inspeksiyon ile muayene edildi ve sağlıklı olduğu düşünülen yere kadar rezeksiyon yapıldı. CFA- SFA/DFA uç-uca anastomoze edildi. Ancak ameliyat sonrası 5. saatte nabız kaybı olan hasta tekrar ameliyata alındı. Anastomoz bölgesinde kısa segment tromboz nedeniyle oklüzyon olduğu görüldü. Rezeksiyon genişletilerek CFA-SFA uç-uç greft (6 mm PTFE ile) interpozisyonu ve Greft-DFA yan-uç anatomozu (6 mm PTFE ile) yapıldı. Takiplerinde sorun yaşanmayan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ateşli silah yaralanmaları yüksek enerjili olması nedeniyle intimal hasar sanılandan daha geniş bir alanda bulunabilmektedir. Bu nedenle müdahale sırasında geniş rezeksiyon ve greft kullanımı seçenek olarak akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ateşli silah yaralanması, periferik vasküler hastalıklar.



Şekil 1. Ameliyat sonrası greft görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyat öncesi BT anjiyografi görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-073]

EVAR sonrası 1. ayda gelişen tromboz ve kritik bacak iskemisi

Nurhayat İnci, Mehmet Karaçalılar, İrfan Dinler

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ VE AMAÇ: Aort anevrizmalarında endovasküler onarım açık cerrahiye göre sıkça yapılmaya başlandı, bununla birlikte komplikasyon sıklığı arttı. Biz endovasküler aort tamiri (EVAR) sonrası 1. ayda gelişen tromboz nedeniyle kritik bacak iskemisine uğrayan olgumuzu sunmayı amaçlıyoruz.

YÖNTEM: 79 yaş erkek hasta bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), prostatik adenokanser (2017) tanılı, prostat cerrahisi + radyoterapi öyküsü vardı. Mart 2024'te çekilen kontrol pozitron emisyon tomografi (PET) - bilgisayarlı tomografi (BT)'de parsiyel tromboze abdominal aort anevrizması saptanması nedeniyle Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC)'ne yönlendirilmişti. Mayıs 2024'te EVAR işlemi yapıldı, ASA 100 mg tedavisi ile taburcu edildi.

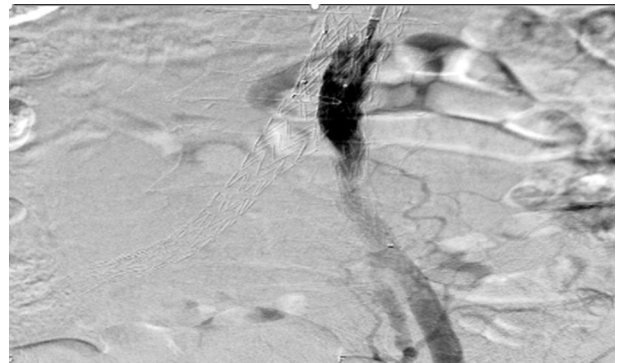
BULGULAR: Öz bakımı az olan hastanın ameliyat sonrası 18. gününde ani başlayan sağ bacak ağrısı, soğukluk şikayetiyle çekilen BT anjiyografide sağ iliak arterin total tromboze olduğu saptandı. Yedi gündür ilacını almadığı öğrenilen hastaya sağ femoral arterden embolektomi denendi ancak katater proksimalden 10 cm'den öteye ilerletilemediğinden açıklık sağlanamadı. Anjiyo ünitesinde hibrit yöntemle embolektomi planlandı, retrograd olarak sağ iliak artere ulaşıldı ancak embolektomi yapılamadığından açıklık sağlanamadı. Kritik bacak iskemisi başlayan hasta acil olarak Fem-Fem baypas ameliyatına alındı böylece distale akım sağladı. İlerleyen günlerde mobilizasyonu sağlanabilen hastanın insizyonunda akıntı başlaması üzerine piperasilin-tazobaktam başlandı. Enfeksiyon nedeniyle greft revizyonu ihtiyacı doğabilecek hasta girişimsel radyolojiye danışılarak EVAR greftinin içerisine trombolitik işlemi planlandı. Ameliyat sonrası 48. gününde sol brakial arterden Cragg-McNamaraİnfüzyon kateteri ile 20 mg alteplaz 20 saatlik infüzyon başlatıldı. İnfüzyonun 15. saatinde hematokrit düşüşü görülmesiyle infüzyon durduruldu. Kan gazı giderek bozulan hasta hipotansifleşmesiyle elektif entübe edildi. Hematokrit düşüşü 20. saatinde duran ancak asiodozu toparlamayan hasta ani arrest geçirmesiyle 24. saatte eks kabul edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: EVAR'da cerrahiye kıyasla daha az kan kaybı, kısa hastane yatışı, hızlı iyileşme sağladığı çalışmalarda gösterildi ancak uzun vadeli sağkalım oranlarının aynı aralıkta olduğu ve EVAR'ın ameliyat sonrası dönemde daha çok ek işlem gerektiği belirtilmiştir. Bu, damar cerrahlarının stent-greftlerle ilişkili yeni, muhtemelen artan gecikmiş komplikasyon yüküyle uğraşmak zorunda kalacakları anlamına geliyor.

Anahtar sözcükler: EVAR, kritik bacak iskemisi, tromboz.



Şekil 1. EVAR görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyat sonrası 1. ayda sağ iliak arter trombozu olan EVAR greft görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Damar Erişimi

[EP-074]

Juguler venden geçici hemodiyaliz kateteri takılması sonrasında kontralateral aksiller arter yaralanması: Olgu sunumu

Osman Türe¹, Fatih Öztürk²

¹Mardin Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Mardin

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Santral venöz kateter uygulamaları; komplikasyonları ve yönetimi uygulanma sıklığı nedeniyle önemli bir konudur. Sıklıkla komşu arteriyel yapılara ponksiyon yapılmasına bağlı komplikasyonlar görülmekle beraber kontralateral alanda doku komplikasyonları oldukça nadir görülmektedir. Bu olguda venöz kateteri yanlışlıkla kontralateral aksiller artere yerleştirilmiş hasta tartışılacaktır.

YÖNTEM: Ameliyat sonrasında hasta bulguları ve süreç retrospektif olarak incelenmiştir.

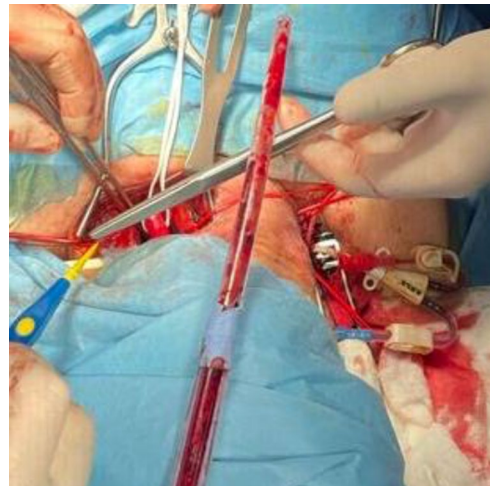
BULGULAR: 57 yaş erkek hasta yoğun bakım takibi sırasında diyaliz ihtiyacı gelişmesi üzerine perkütan yöntemle sağ internal juguler venden geçici diyaliz kateteri takılması planlanmıştır. Ultrasonografi eşliğinde internal juguler ven ponksiyonu yapıldıktan sonra venöz karakterde kan gelmesini takiben kılavuz tel ilerletilmiş ve sırasıyla dilatörler ilerletilerek diyaliz kateteri yerleştirilmiştir. Kateter yerleştirilmesini takiben venöz karakterde gelen kan arteriyel karaktere (açık renkli ve pulsatil olması) dönmesi üzerine damar cerrahisi konsültasyonu yapılmış hasta acil olarak ameliyata alınmıştır. Ameliyat öncesi sağ karotis arter yaralanması düşünülmesine rağmen boyun insizyonu sonrasında kateterin internal juguler ven posterior duvarında çıktıktan sonra ipsilateral arteriyel yapıları yaralamadığı ve özofagus posteriorundan kontralateral alana geçtiği görülmüştür. Boyun sol tarafında yeni insizyon açılarak eksplorasyon sonrası kateter takip edilerek sol karotis arteri de yaralamadan klavikula posteriorundan aksiller artere yerleştirildiği görülmüştür. Kateter çekilerek damar onarımı yapıldıktan sonra işleme son verilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Eğitim kliniklerinde tecrübesiz operatör yönetiminde kateter yerleştirilmesi sırasında beklenmedik komplikasyonlarla karşılaşılabilceği, operatör yeterli deneyime ulaşana kadar eğitici kontrolünde mümkünse ultrasonografi eşliğinde kontrollü şekilde işlem yapılması gerekliliği akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Hemodiyaliz kateteri, karotis, aksiller arter, juguler ven.



Şekil 1. Özofagus posteriorundan sol tarafa ilerleyen kateter görüntüsü.



Şekil 2. Sağ tarafta başlayan cerrahide kateterin sola ilerlediği görülmesi üzerine sol taraftan insizyon yapıldıktan sonraki hali.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-075]

Adölesan kronik venöz yetmezlik olgusunun yönetimi; Ardışık iki taraflı başarılı radyofrekans ablasyon ve miniflebektomi

Barış Akça, Nevzat Erdil

Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ VE AMAÇ: Kronik venöz yetmezlik (KVY) tanı ve tedavisi, yetişkinlerde iyi bir şekilde standartlaştırılmıştır. Adölesan dönemdeki alt ekstremitte varislerinin nadirliği, yönetim ve tedavi için özellikli yaklaşım gerektirmektedir. Adölesan KVY olgusunun yönetim ve tedavisi sunulması amaçlandı.

YÖNTEM: 15 yaşında erkek hasta, iki yıldır her iki bacağına ağrı, şişlik, kaşıntı ve sol bacağına altı aydır iyileşmeyen yara şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol alt ekstremitede CEAP C-6 (çap artışı, varis pakeleri ve bacak medialinde 1/3 alt segmentte ülser yara) sağ alt ekstremitede C-3 varisleri mevcut olup bacak uzunlukları arasında fark ve yürümede aksama olmadığı görüldü. (Şekil 1a,c) Ailede varis öyküsü yoktu.

BULGULAR: Klippel-Trénaunay sendromu, post-trombotik sendrom ve intraabdominal bası olasılığı göz önünde bulundurularak alt ekstremitte Doppler ultrasonografi (DUSG) ve abdominal USG yapıldı. Doppler ultrasonografi ile her iki vena safena magna (VSM) sürekli reflü görüldü. Sol/sağ VSM çapları proksimalde sırasıyla 7.8/7.6 mm, diz üstünde ise 5.2/5.3 mm olarak ölçüldü. Abdominal USG'de herhangi bir anormallik saptanmadı. Alt ekstremitelerin ultrasonografik haritalamasını yaptığımızda klasik KVY dışında bir durum görülmedi ve yarası nedeniyle öncelikle sol bacak ameliyatına karar verildi. Genel anestezi altında larengeal maske kullanılarak diz üstü VSM radyofrekans ablasyonu ve diz altı miniflebektomi uygulandı. Hasta sorunsuz taburcu edildi. Üç ay sonraki kontrolde bacak çapında azalma ve yaranın iyileştiği gözlemlendi. İlk ameliyattan 10 ay sonra aynı prosedür sağ bacağına uygulandı ve hasta sorunsuz taburcu edildi. (Şekil 1b,d)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Adölesanlarda venöz reflüye neden olan faktörlerin belirsizliği günümüzde hala devam etmektedir. Özellikle adölesan hastalarda müdahale planından önce etiyolojik araştırma dikkatlice yapılmalı ve doğuştan gelen klasik venöz yetmezliği taklit eden anomaliler ile diğer olası nedenler akılda tutulmalıdır

Anahtar sözcükler: Kronik venöz yetmezlik, adölesan, miniflebektomi, radyofrekans ablasyon.



Şekil 1. Sağ tarafta başlayan cerrahide kateterin sola ilerlediği görülmesi üzerine sol taraftan insizyon yapıldıktan sonraki hali.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-076]

Unilateral rüptüre bilateral dev iliyak arter anevrizması + abdominal aort sakküler anevrizmasının kademeli hibrit onarımı; Olgu sunumu

Barış Tunçer, Aydın Koç

Uşak Üniversitesi, Uşak

GİRİŞ VE AMAÇ: İzole ana iliyak arter anevrizmaları tüm anevrizmaların %2'sinden daha azını oluşturan, asemptomatik olsalar da rüptürleriyle mortalite düzeyleri yüksek komplikasyonlar ile karşımıza çıkabilirler. Nadir görülmesi, hibrit onarım uygulanması nedeniyle özellikli olan olguyu paylaşmak istedik.

YÖNTEM: Acil servisimize alt karında şiddetli ağrı, genel durum bozukluğu nedeniyle getirilen, 71 yaşında, erkek hastada aortik bifurkasyo düzeyinde sağ ana iliyak arterde rüptür ile birlikte bilateral ileri boyuta ulaşmış ana iliyak arter anevrizması (femoral arter proksimaline uzanan) (Sağ: 97 mm, Sol: 74 mm) + abdominal aortada sakküler aort anevrizması (37mm) saptanarak hemodinamisinin de stabil olmaması nedeniyle açık cerrahi onarım için acil ameliyata alındı. Orta hat insizyon, transperitoneal yaklaşımla sağ iliyak anevrizmadaki rüptür aorta-iliyak bifürkasyoda olduğu için rüptüre anevrizma proksimalinden ve distalinden kapatılıp sol iliyak anevrizma bifürkasyo düzeyinde tamamen ligate edildikten sonra bifurkasyon bölgesinden Dacron paltolon greft ile aorta bifemoral baypas yapıldı, femoral arterlerden retrograt anevrizma içine doluşu engellemek için femoral anastomoz bölgelerinin proksimalinden naylon tape ile bağlandı. Kanama kontrolünde kaçak izlenmedi, hemodinami stabil şekilde hasta yoğun bakıma alındı.

BULGULAR: Taburculuk sonrası kontrol görüntülemelerinde sol iliyak anevrizmada doluş izlenmesi nedeniyle hastaya sol femoraldaki greft bacağından girişimle endovasküler stent graft sistem cerrahi greftin bifurkasyon ayırımında bitecek şekilde abdominal aortaya yerleştirildi. Kontrol anjiyografide aortadaki sakküler anevrizmanın ve sol iliyak anevrizmanın kapandığı ve endoleak olmadığı görüldü. Şifa ile taburcu edilen hastanın üç yıldır takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Rüptüre iliyak arter anevrizmalarının batın yakınması ile gelen hastalarda her zaman akılda tutulması gerektiği ve hayat kurtarıcı acil onarım sonrası semptom olmasa bile mutlaka kontrol görüntülemelerinin yapılarak hibrit yöntemlerin uygulanabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: İliyak anevrizma, rüptür, hibrit.



Şekil 1. Anevrizmalar.



Şekil 2. Hibrit onarım sonrası.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-080]

Kökü dar biküspit aort darlığına; Kök genişletmeli dikişsiz kapak implantasyonu

Suat Karaca

Adana Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Adana

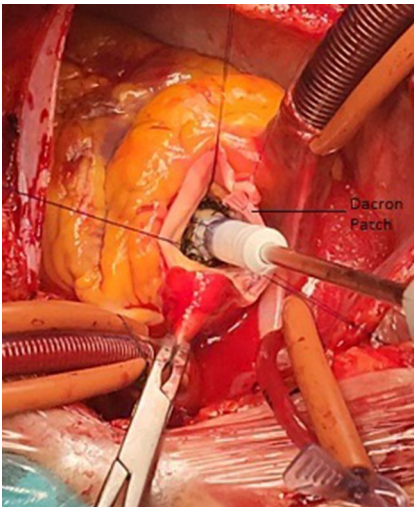
GİRİŞ VE AMAÇ: Ciddi aort darlığı sebebiyle kliniğimize başvuran 69 yaş kadın hasta; ameliyata kardiyopulmoner baypas (KPB) eşliğinde cross klemp altında del Nido kardiyopleji sonrası kapak eksplorasyonu ile başlanmıştır.

YÖNTEM: Aort kapağın gerçek biküspid (Sievers sınıflamasına göre Tip 0) olduğu görülmüş, leaflet eksizyonları ve dekalsifikasyon sonrası anülüsün ve sinotubular junctionın dar olmasından ötürü kök genişletme kararı alınmıştır. Non koroner-kusp orta noktasına denk geleceği düşünülen tahmini anülüs bölgesine aortotomi devam ettirilerek damla şeklinde kesilen Dacron patch ile literatürde Nick'in daha önce tanımladığı kök genişletme yöntemi uygulanmıştır. Kök genişletmeyle birlikte aort kapak ölçüsü alındığında; 19 numara kapak ölçerin girmediği hastanın vücut kitle indeksinden ötürü (34.8 kg/m²) efektif orifis alan indeksi istenen seviyede olmayacağından hasta protez uyumsuzluğunu önlemek adına dikişsiz biyolojik aort kapak implantasyonu planlanmıştır. Gerçek biküspid hastada kılavuz sütürlerinin geçeceği yerleri tayin etmek adına kapak ölçer anülüse yerleştirildikten sonra; koroner ostiumların yerleri esas alınacak şekilde hayali üç komissür işaretlenmiş, kılavuz sütürler yerleştirilmiştir. Burada kılavuz sütürlerin seviyelerinin aortik akımı dikine kesen yatay/aksiyal düzlemde aynı seviyede olması gerektiği unutulmamalıdır.

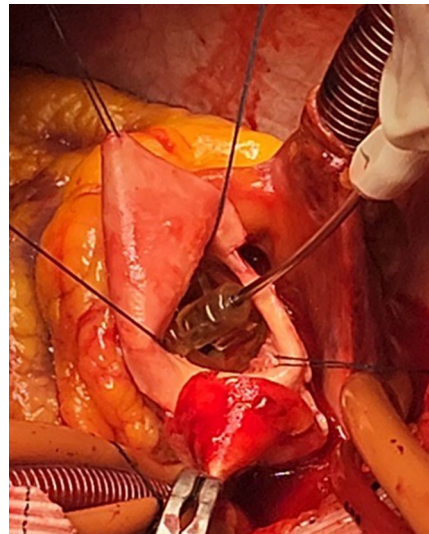
BULGULAR: Size Perceval kapak yerleştirilmesini takiben balon yapıldıktan sonra transözofageal ekokardiyografi (TEE), ile kapak kontrolünde paravalvüler/transvalvüler kaçak olmadığı görülmüş ardından sorunsuz şekilde KPB'den ayrılan hasta yoğun bakıma çıkarılmıştır. Ameliyat sonrası ikinci gününde servise alınmış altıncı gününde eksterne edilmiş olup; ameliyat sonrası Ekokardiyografide aort kapaktaki mean gradientin 8 mmHg seviyelerinde olduğu rapor edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Biküspid aort kapaklarda, dikişsiz biyolojik aort kapak kullanımından kaçınılsa da; dar aort köklerinde kök genişletmenin en küçük ölçüde mekanik kapak için yetersiz olacağı düşünülen hastalarda, uzun kross klemp sürelerinden kaçınmak için neokomissürler oluşturularak dikişsiz kapak implantasyonunun da akılda tutulması gereken bir seçenek olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Biküspit aort kapak, aort darlığı, dar aort kökü, kök genişletme, dikişsiz kapak.



Şekil 1. Dacron patch ile kök genişletme uygulanan hastada dikişsiz kapağın implantasyonu.



Şekil 2. Kapak ölçer ile neokomissürlerin kontrolü.

Asistan Bildirileri

[EP-081]

Transkateter aortik valf implantasyonu (TAVİ) işleminde eksternal iliyak arterde kalan yabancı cismin cerrahi olarak çıkarılması

Hicret Kumalar Gişi, Ayşe Merve Altunal, Fatih Özüğür, Süleyman Uğur Yılmaz, Mustafa Selcuk Atasoy, Yusuf Velioglu

Bursa Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa

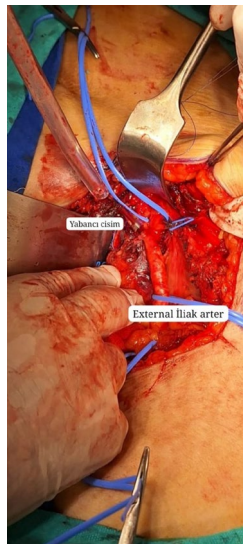
GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyovasküler girişimsel işlemler ve endovasküler tedavilerdeki artışla beraber, işleme sekonder kanama, kardiyak tamponad, arter yaralanması, yabancı cisim kalması gibi ciddi komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Transkateter aortik valf implantasyonu (TAVİ) sonrası eksternal iliyak arterde yaralanma ve yabancı cisim kalması olan olgumuzu sunduk.

YÖNTEM: 83 yaşında kadın hasta ileri aort darlığı nedeni ile kardiyoloji kliniğinde takip edilmiş, hastaya konsey kararınca TAVİ uygun görülmüştür. Hasta anjiyografi ünitesinde işleme alınmış TAVİ işlemi başarılı bir şekilde yapılmış fakat kateter çıkarılınca eksik parça olduğu görülmüştür. Bunun üzerine görüntüleme sağ eksternal iliyak arterin yaralandığı ve yabancı cismin intravasküler alanda olduğu tespit edildi, tarafımıza acil danışılan hastanın sol bacakta balon karşı tarafa uzatılarak şişirildi ve kanama kontrol altına alınarak hasta acil ameliyata alındı. Genel anestezi altında sağdan retroperitoneal yaklaşım ile eksternal iliyak arter bulundu, damar girişinden 3 mm'si dışarda kalan kısmı intravasküler alanda olan 4-5 cm'lik yabancı cisim palpe edildi. Sağ eksternal iliyak arter dönüldü, karşı bacakta balon söndürüldü, proksimalda nabız palpe edildi. Kros klempler yerleştirildi, beş bin ünite heparin yapıldı. Eksternal iliak arter yabancı cismin giriş yerinden arteriyotomi yapılarak açıldı. Yabancı cisim bütün halinde çıkarıldı. Eksternal iliyak arter intimasında diseksiyon görüldü, diseke alan eksize edildi. 7 mm politetrafloroetilen (PTFE) ringli greft proksimal ve distale uc-uca anastomoz edildi. Kroslar kaldırıldı, distalde nabız alındı. Kanama kontrolü sonrasında ameliyat sonlandırıldı.

BULGULAR: Endovasküler girişimler cerrahiye oranla hasta ve hekim için konfor sağlasa da olgumuzda olduğu gibi istenmeyen durumlar ile karşılaşılabilir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Arter yaralanması ve intravasküler alanda kalan yabancı cisimlerin katastrofik birtakım sonuçları olabileceğinden, en kısa sürede eldeki olanaklar ölçüsünde uygun yöntemle müdahale edilmeli ve çıkarılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Yabancı cisim, TAVİ, iliyak arter, endovasküler.



Şekil 1.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-085]

Genç bir hastada aort subvalvüler membranöz stenoz için cerrahi tedavi stratejisi

Farid Gojaye

Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Subvalvüler aort stenozu (SAS), yaygın bir konjenital kalp hastalığıdır. Subvalvüler aort stenozu, sıklıkla biküspid aort kapak, ventriküler septal defekt, aort koarktasyonu ve patent duktus arteriyozus gibi diğer konjenital kalp defektleri ile ilişkilidir. Üç tür subaortik stenoz bulunmaktadır: ince membran türü (en yaygın, %80), fibromusküler tür ve tünel benzeri fibromusküler daralma. Bu olgu sunumu, genç bir hastada SAS'ın patolojik bulgularını ve cerrahi tedavi yaklaşımını detaylandırmaktadır.

YÖNTEM: Aortik sinüs üzerinden hipotermik kardiyopulmoner baypas (KPB) ile transvers aortotomi yapılarak lezyona ulaşıldı. Membranektomi ve septal miyektomi sonrası, membranın kalan kısımları endarterektomi benzeri yöntemle çıkarıldı. Hasta normal sinüs ritminde KPB'den ayrıldı. İntraoperatif transözofageal ekokardiyografi (TEE), ile gradyan 11,5 mmHg ve aort yetersizliği çok hafif bulundu.

BULGULAR:

Hastanın profili: Yaş/Cinsiyet: 19 yaşında erkek

Semptomlar: Yorgunluk, senkop, azalmış efor kapasitesi, ara sıra göğüs ağrısı

Fonksiyonel kapasite: New York Kalp Derneği (NYHA) Sınıf II

Auskültasyon: Diyastolik üfürüm ve sol dorsuma yayılan sistolik ejeksiyon üfürümü.

Transtoraksik ekokardiyografi: Sol ventriküler çıkış yolu (LVOT) pik/ortalama gradyanı 131/79 mmHg; membran türü subaortik stenoz.

3D TEE: Orta derecede aort yetmezliği.

Sol ventrikül duvar kalınlığı: Artmış; ejeksiyon fraksiyonu: %65

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Prevalans: Subaortik stenoz, çocuklar ve yetişkinlerde yaygın bir konjenital durumdur (%6-7).

Cerrahi sonuçlar: Mükemmel sonuçlar ve iyi prognoz.

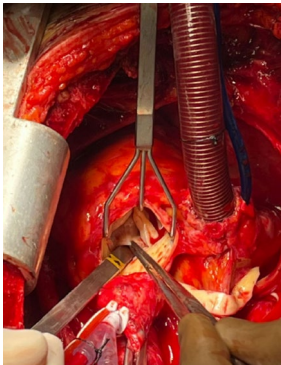
Cerrahi endikasyonlar: LVOT obstrüksiyonunun şiddeti ve hastanın yaşı temel alınarak karar verilmelidir. Daha az şiddetli vakalarda izleme uygun olabilir.

Balon dilatasyonu: Fibromusküler ve tünel benzeri stenozlarda genellikle etkisizdir.

Yeniden ameliyat riski: %7-33; ameliyat öncesi pik LVOT gradyanı ≥ 80 mmHg olan hastalar yüksek risk grubundadır.

Tavsiyeler: Agresif miyektomi ve membran rezeksiyonunu birleştirmek, yeniden daralma ve yeniden ameliyat riskini en aza indirir.

Anahtar sözcükler: Subaortik stenoz, subaortik membran, aortik kapak hastalığı.



Şekil 1. Aortotomi bölgesinden gözlemlendiği şekliyle subaortik membranın bir çizimi.



Şekil 2. Eksize edilmiş subaortik membranöz doku.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-086]

Pnömoreperikardiyum sonrası akut kardiyak tamponad

Merve Çünürlü¹, Levent Ceylan²

¹*İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

²*Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

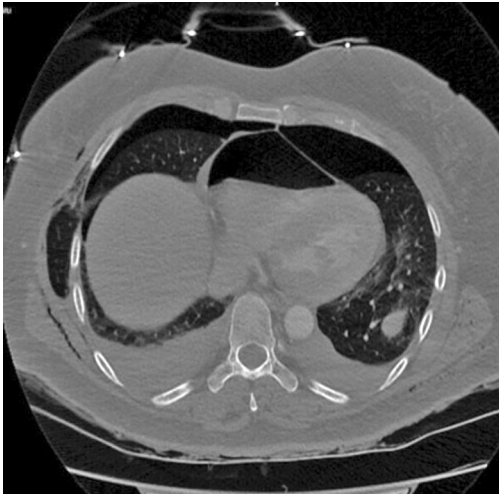
GİRİŞ VE AMAÇ: Pnömoreperikardiyum, intratorasik basınçta ani artış ve alveol hasarı ile oluşan nadir görülen bir durumdur. Çoğunlukla kendini sınırlamakla birlikte nadiren tansiyon pnömoreperikadiyuma ve kardiyak tamponada neden olabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi mekanik ventilasyon gibi intratorasik basıncı artıran durumlar akut kardiyak kollapsa neden olabilir.

YÖNTEM: Acil şartlarda median sternotomi yapılarak mediastene ulaşıldı. Perikardın gergin ve distandü olduğu gözlemlendi. Perikarda yapılan insizyon ile masif hava deşarjı ve sonrasında hemodinamik açıdan düzelme gözlemlendi. Perikardın sağ ve sol yarımında delici kesici aletin neden olduğu pulmoner yaralanmanın eşlik ettiği perikardiyal açıklıklar olduğu gözlemlendi.

BULGULAR: 42 yaşında kadın hasta batın ve toraksta multiple delici alet yaralanması olması üzerine acil serviste değerlendirilmiş ve bilgisayarlı tomografi ile tetkik edilmiştir. Masif karaciğer hemorajisi, pulmoner kontüzyon bulguları ve perikart kesesi içinde masif hava izlendi. Karaciğerdeki yaralanma için genel cerrahi tarafından acil ameliyata alınmış ve entübasyon sonrasında arteriyel tansiyon: 70/30 mmHg, kalp tepe atımı: 130, kan gazında pH: 7,20 laktat: 7,8 ve desatüre idi. Karaciğer hemorajisi komprese edilmeye çalışılarak geçişi olarak durduruldu ve hastaya eş zamanlı sternotomi uygulandı. Kardiyak açıdan stabilize sağlandı ve batın prosedürüne devam edilerek genel cerrahi tarafından karaciğer başarılı şekilde onarıldı. Hasta ameliyat sonrası 15. günde şifa ile taburcu oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Başlangıçta pnömoreperikardiyum olguları stabil olsa da, maske valf ventilasyonu veya entübasyon ve mekanik ventilasyon sonucunda hava plevral boşluk veya rüptüre olmuş olan alveolden perikardiyal boşluğa geçmeye zorlanır ve bu da tansiyon pnömoreperikardiyum oluşmasına neden olur. Olgumuzda ayrıca dirençli hipovolemi olması tamponad gelişimini kolaylaştırmıştır. Entübasyon ihtiyacı olan pnömoreperikardiyum hastalarında profilaktik perikardiyal dekompresyon önerilse de, bizim olgumuzda buna zaman yoktu ve acil şartlarda perikardiyal dekompresyon uygulandı.

Anahtar sözcükler: Pnömoreperikardiyum, tamponad, travma.



Şekil 1. Pnömoreperikardiyum 1.



Şekil 2. Pnömoreperikardiyum 2.

Asistan Bildirileri

[EP-087]

Delici kesici alet yaralanması sonrasında gelişen akut koroner sendrom

Gizem Uysal, Hidayet Onur Selçuk, Büşra Zehra Karaayak, Hami Can, Yüksel Besir, Erturk Karaagac, Mustafa Gürbüz, Levent Yılık

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

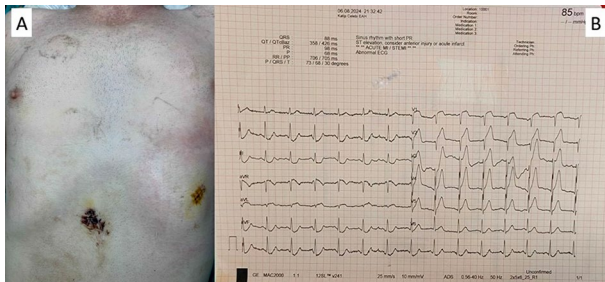
GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner arter hastalığı sıklıkla ateroskleroz nedeniyle koroner arter arterlerin progresif darlığı sonucunda oluşur. Buna ek olarak ateroskleroza sekonder gelişen plak rüptürü ile akut tromboz da gözlenebilmektedir.

YÖNTEM: Biz de bu olgu sunumunda delici kesici alet yaralanması sonrası strese sekonder aterosklerotik plak rüptürü gelişen ve koroner arter trombüsü olan hastadaki tedavi protokolünü sunmayı amaçladık.

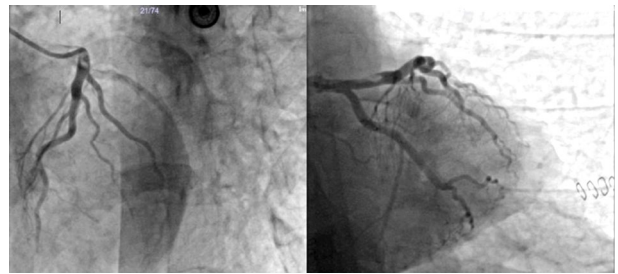
BULGULAR: Ailesinde koroner arter hastalığı öyküsü olan ve aktif sigara kullanan 33 yaşındaki erkek hasta; epigastrik bölge ve sol 7. interkostal aralıktan (Şekil 1A) delici kesici alet yaralanması ile acil serviste değerlendirildi. Muayene esnasında tansiyon 138/81, nabız 94 olarak görüldü. Ekokardiyografisinde perikardiyal mayi, perikart ekojenitesinde artış mevcut değildi. Hemodinamik stabilite sağlanması ardından çekilen toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi (BT)'de hemotoraks, pnömotoraks, batin içi solid organ yaralanması, batin içi serbest sıvı saptanmadı. Çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografide perikardiyal mayi saptanmaması üzerine gözlem altında tutularak önerilerle taburcu edildi. Yaralanma sonrası 3. günde anjinal yakınmaları olan hasta tekrar acil servise başvurdu. Elektrokardiyografi (EKG)'sinde anterior derivasyonlarda ST segment elevasyonları olması (Şekil 1B) ve kardiyak enzim artışı olması üzerine acil olarak koroner anjiyografi yapıldı. (Şekil 2) Koroner anjiyografisinde sol inen koroner arterde %99 lezyon gözlenen ve trombüs saptanan hasta ivedilikle koroner baypas cerrahisine alındı. Atan kalpte sol iç meme arteri (LIMA)-sol ön inen arter (LAD) baypas uygulandı. Ameliyat sonrası hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Yatışının 7. gününde şifa ile taburcu edildi. Ameliyat sonrası 2. ayındaki hastanın rutin takipleri sorunsuz devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Aşırı strese neden olabilen delici kesici alet yaralanması gibi travmatik durumlarda, koroner arter hastalığı risk faktörlerine sahip hastalarda tipik yakınmalar mevcut ise yaş gözözetmektesizin akut koroner sendrom her zaman akılda tutulmalıdır. Bu hastalardaki multidisipliner yaklaşım, doğru ve hızlı yapılan müdahale ve cerrahi planı sağkalım için en etkili ve tek şans olacaktır.

Anahtar sözcükler: Akut koroner sendrom, travma, baypas.



Şekil 1.



Şekil 2.

Asistan Bildirileri

[EP-088]

Sağlıklı ve miyokart enfarktüsü sonrası transgenik kalplerde duysal liflerin yüksek çözünürlüklü haritalanması

Sevilay Sahoglu Goktas¹, Yusuf Enes Kazci¹, Behnaz Forouhar Karadogan¹, Mehmet Serif Aydın¹, Aylin Nebol¹, Mehmet Uğurcan Turhan², Gürkan Öztürk¹, Esra Cagavi¹¹Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Rejeneratif ve Restoratif Tıp Araştırmaları Merkezi (REMER), İstanbul²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Duyusal sinir sistemi, kardiyak fonksiyonun sürdürülmesi için kritik öneme sahiptir. Efferent innervasyona kıyasla, kardiyak afferentler hakkında bilinenler sınırlıdır. VGLUT2 ekspresyonlu kardiyak afferent lifleri haritalamak için VGLUT2::tdTomato çift transgenik fare modeli kullanılarak kalbin dorsal ve ventral yüzleri görselleştirilmiştir. İskemik hasar sonrası anormal duysal innervasyonun yeniden şekillenmesinin fonksiyonel ve fizyolojik sonuçları, kardiyak disfonksiyona olası etkileri araştırılması amaçlanmıştır.

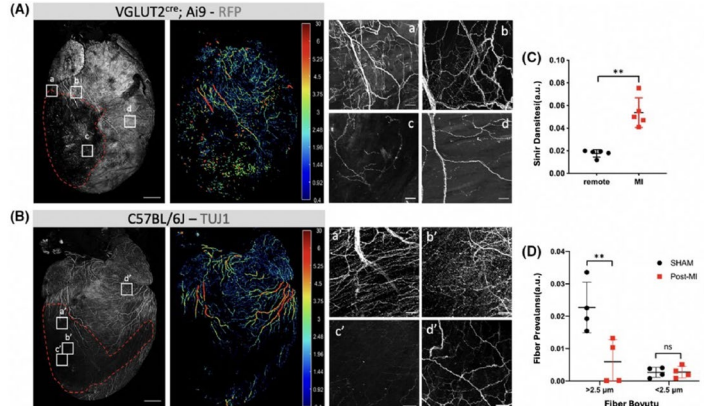
YÖNTEM: Transgenik fareler karma cinsiyette seçilmiş olup, duyu sinirlerinin innervasyonu farelerde miyokart enfarktüsü (MI) modeli kullanılarak sağlıklı ve MI farelerinde karşılaştırılmıştır. Omurilik ve vagal kökenli VGLUT2 ekspresyonlu kardiyak afferent lifleri haritalandırılması amacıyla VGLUT2::tdTomato çift transgenik fare modeli kullanıldı. Miyokart enfarktüsü modelleri akut 5-7 gün, kronik 14 gün ve post MI 14 günden fazla yaşatıldıktan sonra sakrifiye edildi. Belirlenen günlerde alınan kalpler şeffaflaştırılarak konfokal mikroskopu ile haritalandırıldı ve sinir dağılımları, fiber kalınlıkları karşılaştırıldı.

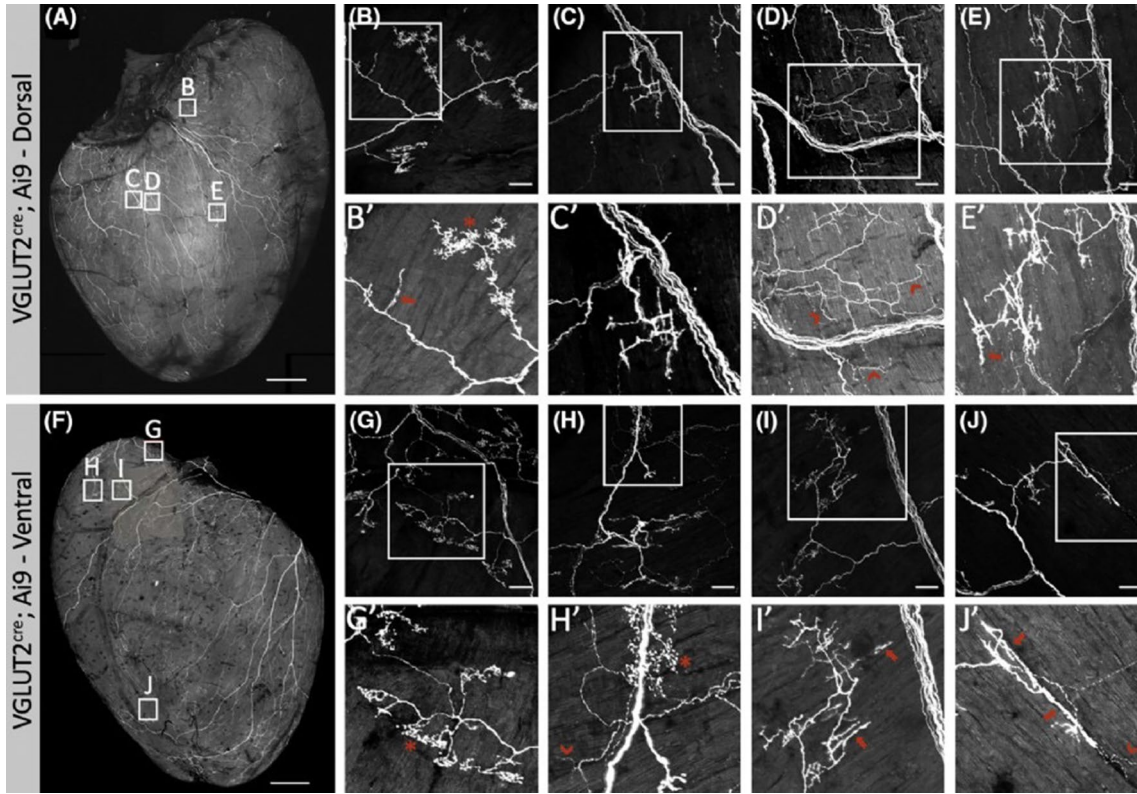
BULGULAR: VGLUT2-ekspresyonlu afferent yoğunluğunun dorsal tarafta ventral tarafa göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. TUJ1 immünoaktivitesiyle tespit edilen sinir innervasyonuna göre, VGLUT2 afferent innervasyonunun toplam ağın %15-25'ini oluşturduğu saptandı. Miyokart enfarktüsü modelinde bütünüyle yaklaşımları kullanarak, enfarktüs sınır bölgesinde kardiyak afferentler aksonal filizlenme şeklinde önemli bir hiperinnervasyon ve iskemik alanın uzak bölgelerinde denervasyon gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuç olarak, sağlıklı ve iskemik yaralanma sonrasında fare kalplerinde VGLUT2-ekspresyonlu afferent innervasyonu transgenik yöntem kullanarak görselleştirdik. Çalışmamız, atriyum ve ventriküllerde püskülleri, ağ dalları ve intramusküler diziler gibi farklı sinir uçlarını ayrıntılı olarak tanımladı. Bu çalışma, kalpteki afferent innervasyonu detaylı şekilde inceleyerek önemli bir boşluğu doldurdu ve MI sonrası nörokardiyak innervasyon deseninin histolojik değerlendirilmesini sundu. Bulgularımız, VGLUT2 ekspresyonu ile tanımlanan önemli kardiyak afferent innervasyon grubunu anlamamıza katkıda bulunarak, gelecekteki mekanistik, fonksiyonel çalışmalar için temel oluşturacaktır.

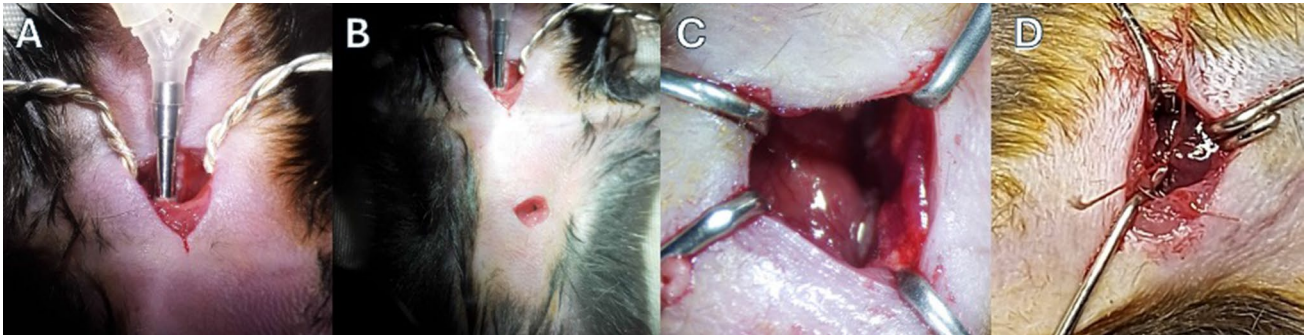
Anahtar sözcükler: Miyokart enfarktüsü, kardiyak afferent, kardiyak innervasyon, yeniden modellenme.

Şekil 1. (a) VGLUT2^{cre}; Ai9 fare kalbinin ventral tarafında, VGLUT2-ekspresyonlu glutamaterjik afferentlerin RFP-IR ile gösterilen genel görünümü (sol) ve sinir çapı ölçümleri için türetilen renk kodlu harita (sağ). (a'-d) (a) içinde kutu içine alınmış ve belirtilmiş olan MI skar sınır bölgesi ve iskemik alan çevresindeki sinir filizlenmesinin yakın görünümü. (b) C57BL/6J yabanıl tip farelerin ventral tarafındaki TUJ1-IR liflerinin genel görünümü (sol) ve sinir çapı ölçümleri için türetilen renk kodlu harita (sağ). (a'-d') (b) içinde kutu içine alınmış ve belirtilmiş olan MI skar sınır bölgesi ve iskemik alan çevresindeki sinir filizlenmesinin yakın görünümü. Ölçek çubukları (a) ve (b) için 5× büyütme ile 1 mm olarak belirtilmiştir. (c) Uzak bölge ile karşılaştırıldığında enfarktüs alanı çevresindeki üç bağımsız alan için sinir yoğunluğunun nicellenmesi, n=5 fare, p=0.003. (d) VGLUT2^{cre}; Ai9 farelerinin SHAM ile ameliyat edilmiş ve MI sonrası kalplerinin ventral tarafından sinir yoğunluğunun, çapları ~2.5 µm'den büyük ve küçük sinir lifleri ile nicellenmesi (iki yönlü ANOVA p=0.0037, n=4). Ölçek çubukları (a-d) ve (a'-d') için 20× büyütme ile 20 µm olarak belirtilmiştir.





Şekil 1. (a) VGLUT2^{cre}; Ai9 faresinin tüm ventrikülünün dorsal tarafının görüntülenmesi. Büyütme 5×. (a) içinde kutu içine alınan innervasyonun detaylı görünümü, 20× büyütme ile sırasıyla (b-d)'de ayrı ayrı gösterilmiştir. (b), (c-e) içinde kutu içine alınan sinir uçlarının detaylı görünümü ise sırasıyla (b-e)'de gösterilmiştir. (f) VGLUT2^{cre}; Ai9 faresinin tüm ventrikülünün ventral tarafının görüntülenmesi. Büyütme 5×. (f) içinde kutu içine alınan innervasyonun detaylı görünümü, 20× büyütme ile sırasıyla (g-j)'de ayrı ayrı gösterilmiştir. (g-j) içinde kutu içine alınan sinir uçlarının detaylı görünümü ise sırasıyla (g-j)'de gösterilmiştir. TdTomato proteininden gelen floresan sinyal, tüm dokuda anti-RFP immüno labeling ile güçlendirilmiştir. Kas içi sinir uçları oklarla gösterilmiştir. Çiçek şeklindeki sinir uçları yıldız işaretleri (*) ile ve tekli akson dalları ok uçları ile gösterilmiştir. Ölçek çubukları: (a) ve (f) için 1 mm. Ölçek çubukları: (b-e) ve (g-j) için 50 µm.



Şekil 3. (a) Toraks boşluğu açılacağı için trakeotomi ile farenin entübasyonu. (b) Torakotomi ve ameliyat alanlarının topografisi. (c) İnterkostal aralık genişletilerek kalbin görünür hale getirilmesi. (d) LAD'nin ligate edilerek farenin Mİ geçirmesi sağlanmaktadır.

Asistan Bildirileri

[EP-089]

Koroner arter baypas cerrahisi sonrası gelişen akut pulmoner embolide kateter aracılı selektif trombolitik tedavi stratejimiz

İrem Özçetin, Hacı Anıl Solak, Muhammed Çağrı Yalçın, Suatozda Özda, Hasan Iner, Erturk Karaagac, Orhan Gokalp, Ali Gürbüz

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Pulmoner emboli (PE) akut veya kronik dönemde ölümcül sonlanabilen bir hastalıktır ve majör cerrahi öyküsü bilinen bir risk faktörüdür. Ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon kısıtlılığı halinde profilaktik tedavi verilmesi önerilmektedir.

YÖNTEM: Pulmoner embolide birçok tedavi yöntemi mevcuttur. Tedavi rejimi hastanın kliniğine, komorbiditesi ve belirli kriterlere göre yönetilir. Akut sağ kalp yetmezliği ve kor pulmonale durumunda girişimsel tedavi yöntemleri ile dramatik iyileşme görülebilmektedir. Biz de bu olgu sunumunda koroner arter baypas cerrahisi (KABG) sonrası akut PE tanısı alan bir hastada pulmoner anjiyografi eşliğinde selektif trombolitik tedavi stratejimizi sunduk

BULGULAR: Koroner arter baypas cerrahisi sonrası taburcu edilen ve antiemboli çorabı kullanan hasta 25 gün sonra dispne, takipne, hemoptizi şikayeti ile acil servise başvurdu. İlk muayenesinde taşikardik, takipneik, hipotansif, oligürik, yaygın ödemli olduğu görüldü. Acil servis tetkiklerinde D-dimer: 81.172 ng/mL olarak saptandı. EKO'da ise; EF: %40, inferior vena kava (IVC) ve sağ yapılar dilate görünümde idi ve perikardiyal mayi mevcut değildi. Hastanın pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA)'sinde masif pulmoner emboli görülmesi üzerine hasta yoğun bakım takibine alındı. Hemodinamik instabilitenin devam etmesi üzerine pulmoner anjiyografide (Şekil 1) eşliğinde selektif trombolitik tedavi (alteplaz, 1 mg/h iv inf, 24 saat) uygulanmasına karar verildi. Trombolitik tedavi sonrası 24 saat yoğun bakımda takip edilen hasta, antikoagülan tedavisi düzenlenerek servis izlemine alındı. Serviste 5 gün izlendikten sonra idame tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Majör cerrahi sonrası gelişen ve hayatı tehdit eden akut PE tedavisinde; instabil hemodinamisi olan, akut sağ kalp yetmezliği bulguları olan hastalarda klinik durum da göz önünde bulundurularak pulmoner anjiyografi eşliğinde selektif trombolitik tedavi başarıyla uygulanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Pulmoner emboli, ameliyat sonrası, trombolitik.



Şekil 1. Çekilen pulmoner anjiyografide görülen masif PE.

Asistan Bildirileri

[EP-090]

Biküspit aort kapak tamiri ve asendan aort replasmanı: İki olgu

Fevzi Ayyıldız¹, Sevil Gülaştı², Berent Dişçigil¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Aydın

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Aydın

GİRİŞ VE AMAÇ: Biküspit aort kapak %0,5-2 görülme oranıyla en sık görülen konjenital kalp anomalisidir. Antikoagülan kullanımıyla ilişkili komplikasyonların yaşanabileceği hasta grubunda biküspit aort kapak tamiri ön plana çıkmaktadır. Von Willebrand hastalığı olan erkek ve doğurganlık çağında genç kadın olarak iki olgu sunulmuştur.

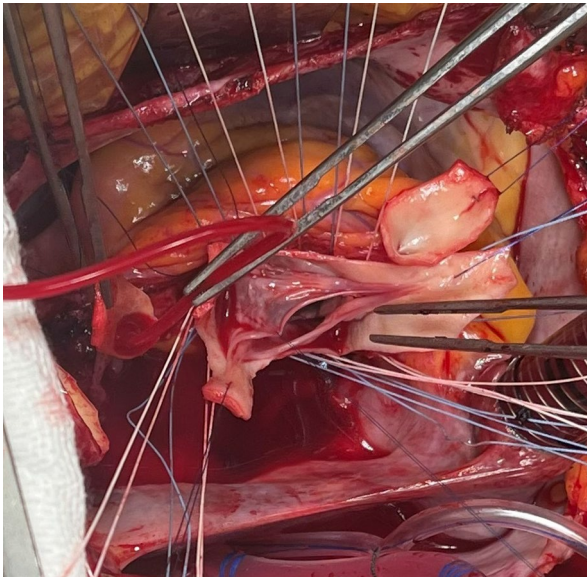
YÖNTEM: Olgu 1: Erkek, 65 yaşında. Aort kapağı biküspit, tip 1 (simetrik), yetmezliği orta derecede, asendan aort çapı 53 mm idi. Ekimozları olan hastada Von Willebrand hastalığı tip 1 saptandı.

Olgu 2: Kadın, 20 yaşında. Aort kapağı biküspit, tip 1 (simetrik), yetmezliği hafif derecede, asendan aort çapı 49 mm idi. Aort koarktasyonu nedeniyle stent uygulanma öyküsü vardı.

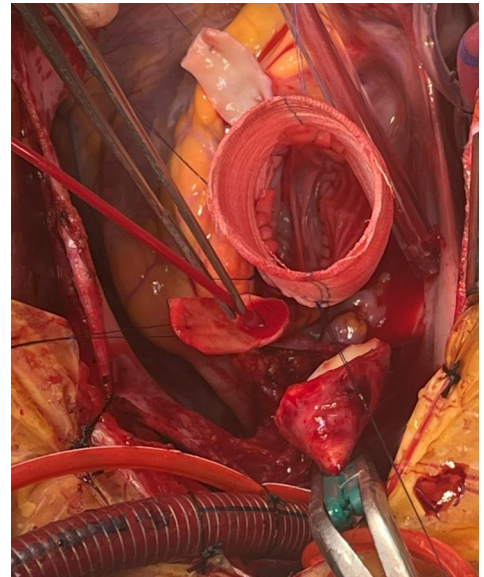
BULGULAR: Her iki olguda median sternotomi ve klasik kardiyopulmoner baypas teknikleri kullanıldı. Antegrad soğuk kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandı. Transvers aortotomi yapıldı, aort kapak biküspit olup sağ ve sol koroner cusp'larda füzyon görüldü. Füzyon olmayan non koroner cusp geometrik yüksekliği 20 mm ölçüldü. Aort kapağı 180 derece hizalanacak şekilde valvüloplasti uygulandı. Aort kapak reimplantasyon tekniği kullanılarak kapak koruyucu cerrahiyle ilk olgu 30 mm, ikinci olgu 28 mm Dacron greft yardımıyla asendan aort replase edildi. Her iki olgunun da taburculuk ekokardiyografisinde minimal yetmezlik olup ilk olgu ikinci yıl takibinde asemptomatik, ikinci olgu ameliyat sonrası ilk ay kontrolünde asemptomatik idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kanama bozukluğu olan hasta ve doğurganlık çağındaki genç kadın hasta, biküspit aort kapak tamiri ve kapak korunarak asendan aort kök replasmanı yapılmak suretiyle antikoagülan kullanımına bağlı komplikasyonlardan korunmuştur.

Anahtar sözcükler: Biküspit aort kapak tamiri.



Şekil 1. Biküspit aort kapak.



Şekil 2. Tamir ve reimplantasyon.

Asistan Bildirileri

[EP-091]

Koroner arter baypas cerrahisi sonrası gelişen akut pulmoner embolide Swan-Ganz kateter eşliğinde trombolitik tedavi stratejimiz

İrem Özçetin, Gizem Uysal, Suatozda Özda, Hami Can, Büşra Zehra Karaayak, Hacı Anıl Solak, Yüksel Besir, Ali Gürbüz

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Pulmoner emboli (PE) akut veya kronik dönemde ölümcül sonlanabilen bir hastalıktır. Derin ven trombozu (DVT) en bilinen risk faktörüdür.

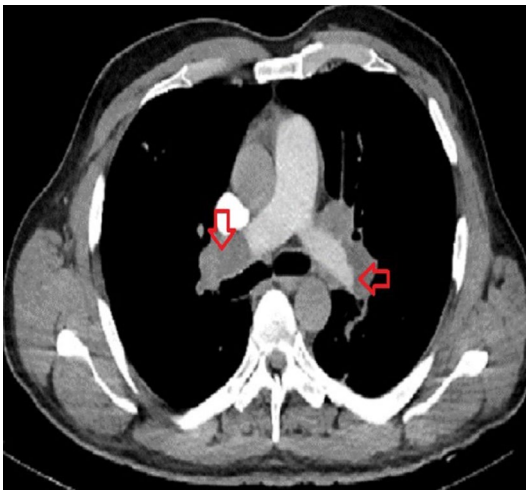
YÖNTEM: Pulmoner embolide birçok tedavi yöntemi mevcuttur. Tedavi rejimi hastanın kliniğine, komorbiditesi ve belirli kriterlere göre yönetilir. Akut sağ kalp yetmezliği ve kor pulmonale durumunda trombolitik tedaviler ile dramatik iyileşme görülebilmektedir. Biz de koroner arter baypas cerrahisi (KABG) sonrası akut PE tanısı alan bir hastada Swan-Ganz kateter eşliğinde trombolitik tedavi stratejimizi sunduk.

BULGULAR: Koroner arter baypas cerrahisi sonrası taburcu edilen hasta ameliyat sonrası 17. günde acil servise hemoptizi, dispne, sol bacakta gerginlik ve ödem şikayeti ile başvurdu. Acil serviste tetkiklerinde D-dimer: 25.785 ng/mL, fizik muayenesinde akciğer sesleri bilateral belirgin azalmış, sol bacakta belirgin çap artışı vardı. Venöz renkli doppler ultrasonografi (RDUSG)'sinde sol bacakta akut iliofemoral DVT saptanan hastaya çekilen pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA)'sinde masif pulmoner emboli (Şekil 1) izlenmesi üzerine hasta yoğun bakım takibine alındı.

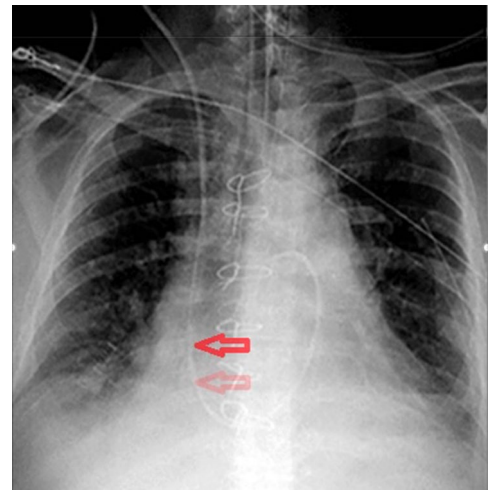
TARTIŞMA VE SONUÇ: Yoğun bakımda yapılan ekokardiyografi (EKO)'de EF: %30, inferior vena kava (IVC) ve sağ yapılar dilate görünümde idi ve perikardiyal mayi mevcut değildi. Yoğun bakım takiplerinde takipnesi ve dispnesi artan, kan gazı ve hemodinamisi bozulan hastaya Swan-Ganz kateteri takılarak kateterin pulmoner arterde olduğu akciğer grafisi ile teyit edildi (Şekil 2). Katater içerisinden trombolitik tedavi (alteplaz, 1 mg/h iv inf, 24 saat) uygulandı. 24 saat yoğun bakımda izlenen, tedavisi ve kliniği dramatik düzelen hasta işlem sonrası 1. gününde göğüs hastalıkları kliniğine nakil verildi.

Majör cerrahi sonrası görülen hayatı tehdit eden akut PE tedavisinde, akut sağ kalp yetmezliği ve DVT bulguları olan hastalarda klinik durumu da göz önünde bulundurularak Swan-Ganz kateter eşliğinde trombolitik tedavi uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Koroner arter baypas cerrahisi, Swan-Ganz , pulmoner emboli.



Şekil 1. Çekilen pulmoner BTA'da masif pulmoner emboli görünümü.



Şekil 2. Çekilen PAAC grafisinde görülen Swan-Ganz kateter.

Asistan Bildirileri

[EP-092]

Nadir bir olgu; Alt ekstremitte travmatik arteriyel oklüzif spazm

Ertan Demirdas, Hakan Kartal, Yiğit Tokgoz

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Travmaya bağlı ekstremitte yaralanmaları önemli bir acil durum olup, multidisipliner yaklaşım gerektirdiği kabul görmektedir. Bu olgu sunumunda sizlere arteriyel sistemde hasar olmaksızın gelişen refleks sempatik yanıt ve oklüzyonu taklit eden spazm ile seyreden durumun aslında gerçeği yansıtmadığını göstereceğiz.

YÖNTEM: 28 yaşında erkek hasta, acil servise sağ alt ekstremitede popliteal fossadan kesici delici alet yaralanması sonrasında başvurdu. Hastanın aktif kanaması olmaması ve vitallerinin stabil olması üzerine, arteriyel yaralanma şüphesi ile hastaya alt ekstremitteye yönelik iv kontrastlı arterial fazda bilgisayarlı tomografik angiografi yapıldı. Hastanın radyoloji kliniğince yapılan görüntülemesinde ve sonrasında raporlamasında hastada sağ popliteal arter ve aşağısındaki arterial yapılarda opak madde dolumu olmadığı yabancı cismin görüntülemesinde izlendiği ve arterial vasküler hasarlanmanın olabileceği belirtildi. Hastaya yapılan fizik muayenede, alt ekstremitte nabızlarının palpabl olduğu, kapiller dolumun normal, nörolojik açıdan motor ve duyu defisitinin olmadığı görüldü. Aktif kanaması da saptanmayan Doppler ultrasonografi (USG)'de vasküler hasarlanmanın olmadığı görülmesinin üzerine hastaya dijital subtraksiyon anjiyografi (DSA) tetkiki yapılması kararlaştırıldı.

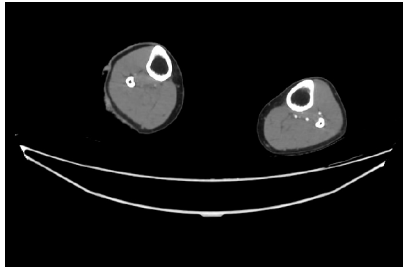
BULGULAR: Hastanın DSA sonucunda alt ekstremitte arteriyel yapısında hasarlanma olmadığı, ektravazasyon izlenmediği ve arteriyel vasküler yapıların patent olduğu ortaya konuldu. Popliteal arter ve distalinde, arteriyel spazma bağlı akım hızlarının yavaşladığı görüldü, yabancı cisim DSA salonunda çıkarıldı ve kontrol görüntüleme yapıldı. Hastanın takiplerinde herhangi bir iskemi ve aktif kanama bulgusuna rastlanılmaması üzerine hasta takip süresi sonrasında taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu olguda olduğu gibi doğru karar vermede fizik muayene ve seçilen görüntüleme yönteminin korele olmaması cerrah için uyarıcı bir gösterge olmalıdır. Yalnızca tek bir görüntüleme yöntemine bağlı kalınması sonucunda hastanın gereksiz cerrahi ameliyata maruz kalmasına yol açabilmektedir. Hastayı gereksiz cerrahiden kurtarmak iyi bir fizik muayene ve doğru seçilen görüntüleme yöntemi ile mümkün olabilir.

Anahtar sözcükler: Arteriyel oklüzif spazm, kesici delici alet yaralanması.



Şekil 1. Çekilen 3D BT angiografi görüntüsü.



Şekil 2. Trifukasyon seviyesinde BT angiografi görüntüsü.



Şekil 3. DSA; Kesici-delici aletin görüntüsü.



Şekil 4. DSA sağ popliteal arter ve trifukasyon arterlerinin görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-093]

Kliniğimizde takipli LVAD'li hastalarda intrakraniyal hemoraji ile INR ilişkisi

Rabia Saygin, Ömer Bayezid, Cengiz Turkey, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Travma hastalarında intrakraniyal hemorajilerden sonra en sık ölüm sebebi olan künt torasik aort yaralanmaları gün geçtikçe artmakta olup temelde bu yaralanmadan aortadaki akselerasyon ve deselerasyon mekanizması sorumludur. Bu tip yaralanmaya sahip hastaların %50'ye yakın kısmının yirmi dört saat içinde hastanede öldüğü tahmin edilmektedir.

YÖNTEM: Bu olgu sunumunda, trafik kazası ile gelen, pnömotoraks ve hemotoraks ile takip edilen travmadan bir hafta sonra aort koarktasyonu fizik muayenesi ile şüphelenilen aort diseksiyonu olan bir hasta sunuldu.

BULGULAR: 25 yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası sonrası multiple travması mevcut idi. Göğüs cerrahisi tarafından pnömotoraks ve hemitoraks sebebi ile yoğun bakım takibine alındı. Bu süreçte asidoz ve bft artışı sebebi ile nefroloji takibindeydi. Eko da EF'si normal perikardial mayisi görülmedi, diseksiyon flebi görülmedi. Hasta travmadan bir hafta sonra üst ekstremité kan basıncı 170/100 alt ekstremité kan basıncı 60/40 ölçüldü. Koarktasyon bulgusu izlenen hastaya toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi çekildi. İstmus bölgesinde diseksiyonu mevcut olan hastaya torasik endovasküler aort tamiri (TEVAR) planlandı. Sol vertebral arteri hipoplazik olan hastadan nöroloji görüşü istendi yüksek riskli bulundu

TARTIŞMA VE SONUÇ: TEVAR yapılan hasta işlem başarı ile sonuçlandı. Hasta iki gün yoğun bakım takibinde izlendi bir hafta sonra kontrol görüntülemesi çekilen hastanın görüntülerinde patoloji saptanmadı. Hasta önerilerle taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Aort diseksiyonu, isthmus.

Tablo 1. Hastaların INR etkileşimlerinin gruplara ve zamana göre karşılaştırılması

	Grup		Toplam
	Kanama geçirmeyen	Kanama geçiren	
	Ort±SS (Min-Max)	Ort±SS (Min-Max)	Ort±SS (Min-Max)
n	n	n	n
Inr_1ay 162	2,79±1,24 (1-9)	2,75±0,9 (1,2-4,1)	2,79±1,21 (1-9)
Inr_6ay 162	2,65±0,87 (1-6,1)	2,88±0,98 (1,24-4,6)	2,67±0,88 (1-6,1)
Inr_1yıl 160	2,56±0,93 (0,19-7,2)	2,93±2,68 (1,1-11,85)	2,59±1,16 (0,19-11,85)

Zaman p=0,859, Grup p=0,282, ZamanXGrup p=0,738.
Tekrarlı ölçümlerde mixed ANOVA kullanılmıştır.

Tablo 3. Kanama geçirmeyen ve geçiren grupların kadın erkek oranlarının karşılaştırılması

	Grup		Toplam	p
	kanama geçirmeyen n(%)	kanama geçiren n(%)	n(%)	
Cinsiyet				
Kadın	13(8)	3(17,6)	16(0,182)	0,182
Erkek	149(92)	14(82,4)	163(91,10)	
Toplam	162(100)	17(100)	179(100)	

Fisher's Exact test kullanılmıştır.

Tablo 2. Kanama geçiren ve geçirmeyen grupların karşılaştırılması

	Grup	n	Ort±SS(Min-Max)	Medyan(Q ₁ -Q ₃)	p
Yaş	kanama geçirmeyen	160	50,69±12,25 (5-75)	52(44,50-60)	0,599
	kanama geçiren	17	49,65±10,34(26-64)	52(47-56)	

Mann Whitney U test kullanılmıştır. Q₁: 25. Percentile, Q₃: 75. Percentile

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-094]

Dikişsiz aort kapak cerrahisinde Dacron greft ile asendan aort replasmanı

Suat Karaca

Adana Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Adana

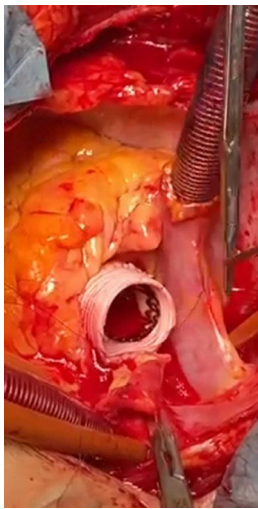
GİRİŞ VE AMAÇ: Aort kapak hastalığı sıklıkla asendan aort dilatasyonu ile ilişkilidir ve aort kapak ile asendan aortun ayrı ayrı değiştirilmesi ile tedavi edilebilir. Dikişsiz aort kapak cerrahisinde eş zamanlı Dacron greft ile asendan aort replasmanı yapılan 4 ileri yaş (ort yaş 73.5), logistik EuroSCORE >%10 olan yüksek riskli hastalarımızda uyguladığımız; dikişsiz aort kapak replasmanı ile eş zamanlı asendan aort cerrahisinin güvenle uygulanabileceğini göstermek istedik.

YÖNTEM: Kliniğimizde aort kapak cerrahisi planlanan hastalara endikasyonlara uygun ise dikişsiz aort kapak replasmanı uygulanmaktadır. Dikişsiz aort kapak cerrahisi çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile sinotubuler junction ve anulus ölçüleri değerlendirilmekte, cerrahi sırasında beklenmedik bir durumla karşılaşmamak için detaylı ölçümler yapılmaktadır. Takiplerinde hızlı progresyon gösteren veya >50 mm asendan aortası olan ciddi aort darlığı nedeniyle ameliyat olan dikişsiz aort kapak hastalarımızdan ikisi erkek, ikisi kadın olmak üzere dört hastaya eş zamanlı asendan aort replasmanı yapıldı.

BULGULAR: Hastalara dikişsiz aort kapak replasmanı (sAVR) ile eş zamanlı asendan aort cerrahisi uygulandı. Üç hastaya L ölçüde, diğer hastaya ise XL ölçüde dikişsiz aort kapak konuldu. İntraoperatif TEE kontrolü sonrası dört hastanın ameliyat sonrası takiplerinde sorun olmaması, ameliyat sonrası eko kontrolünde paravalvüler/santral kaçak olmaması nedeniyle 5. günde taburcu edildi. Ameliyat sonrası 1. ve 6. ay kontrollerinde asemptomatik olarak takip edilip, eko kontrollerinde düşük mean gradient ort 8-10 mmhg tespit edilmiş olup, santral/paravalvüler kaçak izlenmemiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Dikişsiz aort kapak replasmanı uygulanan hastalarda Dacron greft ile asendan aort replasmanı güvenle uygulanabilecek bir yöntem olup, bu hastalarda kardiyopulmoner baypas süresinin ve kross klemp süresinin kısa tutulması buna bağlı ikincil miyokardiyal ve SIRS gelişim riskini azaltması nedeniyle, zaten yüksek riskli olduğu bilinen sAVR planlanan asendan aort anevrizmalı hastalarda bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Dikişsiz aort kapak, asendan aort anevrizması, asendan aort replasmanı ile eş zamanlı dikişsiz aort kapak replasmanı, asendan aort anevrizması, ciddi aort darlığı.



Şekil 1. Asendan aortun anastomozu.



Şekil 2. Dikişsiz kapak implantasyonu sonrası ostium kontrolü.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-095]

Tip A aort diseksiyonunun yolculuğu: Klinik, komplikasyon ve tedavi

Bülent Mert, Ibrahim Gurkan Komurcu, Sefa Eltutan, Oguzhan Semercioglu, Kamil Boyacioglu, Berk Özkaynak, Adil Polat

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

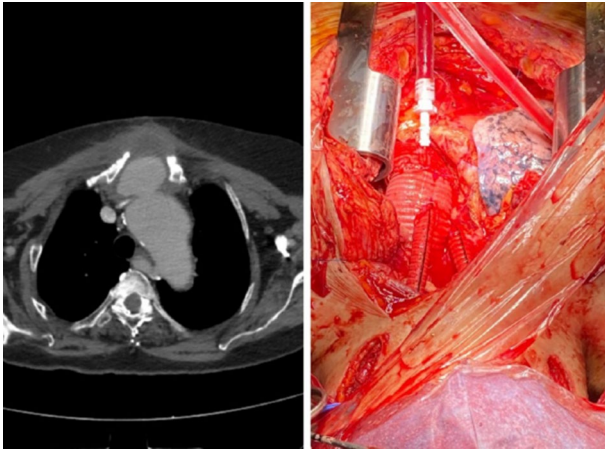
GİRİŞ VE AMAÇ: Aort diseksiyonu her hasta için farklı strateji gerektiren ve takiplerinde çok çeşitli klinik tablolar ile seyredebilen yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır. Bu olguda ilk ameliyatında aberan sağ subklavyan arter varlığı nedeniyle karotis arter kanülasyonu yapılan ve takiplerinde distal anastomoz hattında yalancı anevrizma ve daha sonra trakeal invazyon olan hastamızı sunacağız.

YÖNTEM: Hastaya diseksiyon tanısı bilgisayarlı tomografi ile kondu ve takiplerde de aynı yöntem uygulandı.

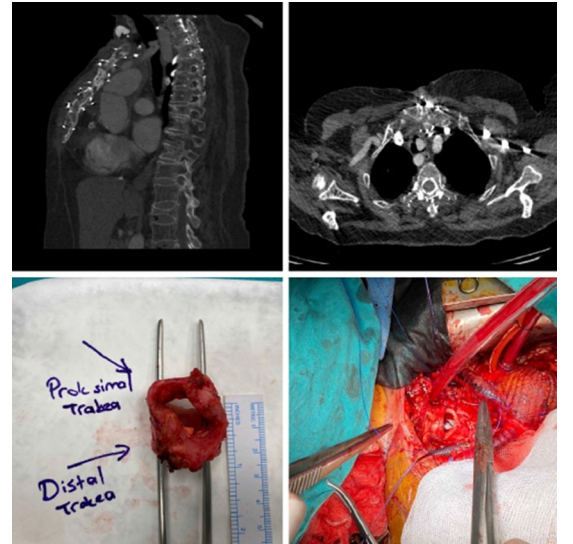
BULGULAR: Tip A aort diseksiyonu ve aberan sağ subklavyen arter morfolojisi olan hastaya, ilk ameliyatta sağ ana karotis ve sağ femoral arter kanülasyon stratejisi ile suprakoroner hemiarkus replasmanı yapıldı. Daha sonra distal anastomoz hattında yalancı anevrizma olmasından dolayı ikinci kez ameliyata alındı ve her iki karotis arter ve sol femoral arter ve ven kanülasyon stratejisi uygulanarak arkus aortanın zone 2'ye kadar olan kısmı rezeksiyon edildi. Üçüncü ameliyatta, hastada nefes darlığı ve stridor gelişmesi üzerine hastaya çekilen kontrol bilgisayarlı tomografi anjiyografide sağ karotis arterine anastomoz yapılan greftin trakeaya invazyon yaptığı ve trakeanın kıkırdak yapısını tamamen destrukte edip erezyona uğrattığı ve greft trakeanın içine yerleşerek trakeda ciddi darlığa yol açtığı görüldü ve greft çıkartılarak yeniden anastomoz yapıldı. Trakeal uç uca tamir için de total sirkulatuar arreste girilerek trakeadaki 2x2 cm'lik defekt çıkartıldı ve trakea uç uca anastomoz edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Aort diseksiyonları farklı klinik tablolar ile seyredebilen her hasta için farklı bir strateji gerektirebilen ölümcül bir hastalıktır. Ameliyat evveli ve sonrası takiplerde bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile titiz bir değerlendirme yapılması hem ameliyat planlarının uygun yapılması hem de komplikasyonları belirlemek için önemlidir.

Anahtar sözcükler: Anevrizma, diseksiyon, kanülasyon, komplikasyon, trakea.



Şekil 1. Anastomoz hattında oluşan yalancı anevrizmanın bilgisayarlı tomografi anjiyografisi ve yanındaki resimde de arkus aortun zone 2'ye kadar rezeksiyonu ve karotis arterlere yapılan baypasların ameliyat sırası görüntüsü.



Şekil 2. Sağ karotis arterine yapılan baypas greftinin trakeal invazyonu: bilgisayarlı tomografi anjiyografilerde greftin trakeanın içinde olduğu görünmekte ve ameliyat sırası rezeksiyon edilen trakea segmenti ve trakea tamiri.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-096]

Ciddi mitral yetmezliği olan ve öncesinde perkütan ASD kapama cihazı yerleştirilmiş bir hastada başarılı cerrahi tedavi stratejisi: Olgu sunumu

İbrahim Alp, Şahin Kapan, Veli Burak Taçkın, Koray Apaydın, Nevzat Erdil

TC. SB. Antalya Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Antalya

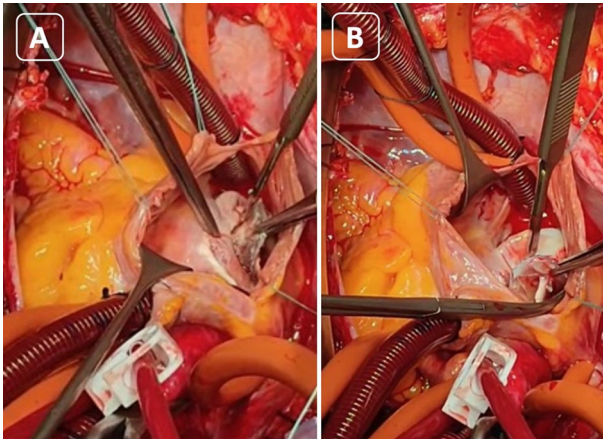
GİRİŞ VE AMAÇ: Bu olgu sunumunda, transkatater atriyal septal defekt (ASD) oklüder cihazı yerleştirilmiş ve orta dönemde ciddi mitral yetmezliği gelişmiş olan bir olgudaki cerrahi yaklaşımımızı paylaştık.

YÖNTEM: 52 yaşında kadın hasta, son bir yıldır eforla gelişen nefes darlığı şikayeti (NYHA II) ile başvurdu. Hikayesinde, beş yıl önce ASD tanısıyla perkütan oklüder cihazı implante edildiğini öğrendik. Transözofageal ekokardiyografi (TEE), ile cihazın septumda intakt olduğu ancak görülen santral koaptasyon kusuruna bağlı ileri derece mitral yetmezliğe (vena kontrakta: 7 mm) sebep olmuş olabileceği kanaatine varıldı. Çünkü sol atrium çaplarında (40 mm) ciddi bir artış yoktu. Mitral kapak replasmanı (MVR) için ameliyata alınan olguda, sol atriyotomi ile yeterli ekspoşur sağlanamayacağı ve daha önemlisi septumdaki oklüder nedeniyle ekartasyon sorunu oluşabileceği düşünüldü. Sağ atriyotomi ile yaklaşıma ve cihazın çıkarılmasına karar verildi.

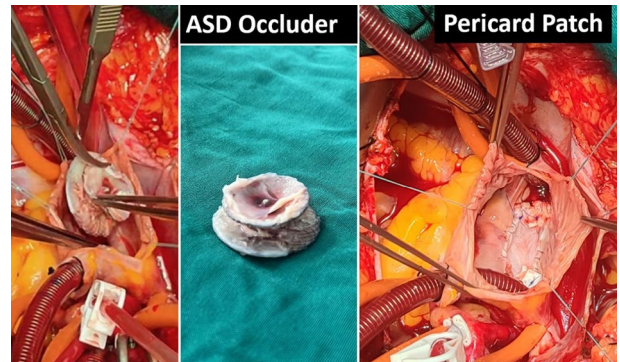
BULGULAR: Sekundum tip geniş bir ASD içine oturtulmuş olan yeri uygun ve epitelizeasyonu tamamlanmış olan cihaz, rim kenarlarından diseke edilerek çıkarıldı ve çevre dokulara özellikle ileti ağına zarar verilmeden transseptal ekartasyon ile mitral kapağa ulaşıldı. Posterior leaflet korunarak mitral kapak (Sorin no 29, metalik) replase edildi ve septum perikardiyal yama ile tekrar kapatıldı. Ameliyat sonrası ekokardiyografik incelemelerde, MVR normofonksiyone ve İAS intakt idi. Hastanın takiplerinde ise herhangi bir kardiyak ritim bozukluğu görülmedi ve 1. ay kontrolünde fonksiyonel kapasitesinin arttığı (NYHA I) gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Atriyal septal defekt kapama cihazının ekstrekte edilerek septuma yama yapılması gibi düşük riskli bir cerrahinin, ekartasyon esnasında septumdaki sert bir yabancı cismin çevre dokulara verebileceği (özellikle kalbin ileti sistemine) zararlı hareketlerden çok daha uygun olacağını düşünüyoruz. Atriyal septal defektlerin perkütan kapatılmasından sonra cerrahi gerektiren komplikasyonlar, cihaz çıkartılarak daha düşük morbidite ve başarılı sonuçlar ile tedavi edilebilir.

Anahtar sözcükler: ASD oklüder, cihaz ekstraksiyonu, MVR, transseptal ekartasyon.



Şekil 1. Sağ atriyotomi ile epitelize olmuş atriyal septal oklüder cihazının ekstraksiyonu. (a) Sağ atriyum tarafının diseksiyonu. (b) Sol atriyum tarafının diseksiyonu.



Şekil 2. Oklüderin ekstraksiyonu ile oluşan geniş atriyal septal defektin perikardiyal yama ile tekrar kapatılması.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-097]

Karotis body tümörü cerrahisinde ultrasonik koter kullanımı

Münacettin Ceviz¹, Murat Tavlaşoğlu¹, Hakan Usta², İbrahim Samurcu¹

¹Özel Buhara Hastanesi, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ VE AMAÇ: Karotis body tümörü nadir görülen yavaş seyirli tümördür. Seyrekte olsa malignite olabilmektedir. İlk kez sınıflandırma Shamblin tarafından yapılmıştır. Bildiride karotis body tümörü cerrahisinde ultrasonik koter kullanımının etkisini ortaya koymak amaçlandı.

YÖNTEM: Karotis body tümörü cerrahisinde ultrasonik koter kullanımının etkisini ortaya koymak için dört olgu sunuldu.

BULGULAR: Özel Buhara hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi bölümünde dört hastaya karotis body tümörü sebebiyle cerrahi işlem yapıldı. Hastaların hepsi kadın idi. Yaşları 37-75 yıl (ort 54,25) idi. Görüntüleme için Doppler ultrasonografi, tomografi ve/veya MR + MR anjiyografi kullanıldı. Hastaların hepsinde tümör sol karotis bifürkasyonunda idi. Cerrahi işlem genel anestezi altında yapıldı. Cilt cilt altı insizyondan sonra karotis body tümörüne ulaşıldı. Ultrasonik koter kullanılarak karotis tümörü önce eksternal karotis arterden daha sonra internal karotis arterden ayrıldı. Tümör bütün hastalarda total olarak çıkarıldı. Tümörün damardan ayrılma işlem süresi ortalama 30 dk sürdü. Kanama miktarı ortalama 70 cc kadar oldu. Hastalarda herhangi bir komplikasyon olmadı. Hastalar komplikasyonsuz olarak 24- 48 saat içerisinde taburcu edildi. Patolojik incelemede maligniteye rastlanmadı. Hastalar takip altında olup kontrolleri devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Olgu sayısı düşük olmasına rağmen karotis body tümörü cerrahisinde ultrasonik koterin işlemi hızlandırdığı ve kanama miktarını azalttığı ve güvenle kullanılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: Karotis body tümörü, ultrasonik koter.



Şekil 1. Ultrasonik koter ile karotis body tümörünün çıkarılması.

Doktor Bildirileri - Aort (Abdominal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-098]

Enflamatuar sakküler aort anevrizması olan olguda akut abondan kanamaya neden olan aortaenterik fistülizasyon

Veli Burak Taçkın, İsmail Kakillioğlu, Şahin Kapan, Koray Tosunbaş, Nevzat Erdil

TC. SB. Antalya Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Antalya

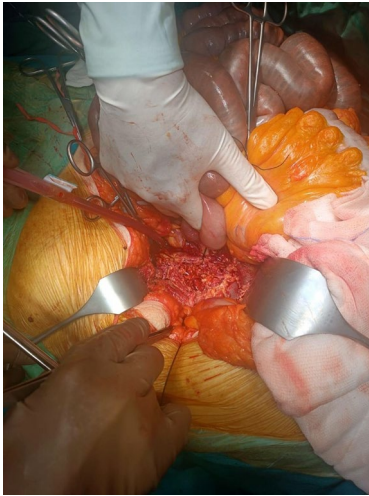
GİRİŞ VE AMAÇ: Primer aortaenterik fistüller nadiren görülür ve yıllık insidansının milyonda 0.007 olduğu tahmin edilmektedir. Aortaenterik fistül yaşamı tehdit eden acil ölümcül bir durumdur.

YÖNTEM: Bu olguda yaklaşık bir aydır ateş sebebi ile uzun süreli antibiyotik kullanımı olan ve ateş, enfeksiyon odağı tespit edilemeyen ateş sebebi ile acil servise başvuran 73 yaşında kadın hastada abdomen tomografi anjiyoda 45 mm çapında sakküler tarzda abdominal aort anevrizması saptandı. Anevrizma kesesi etrafında hava dansitesi olması, aorta duvar düzensizliği olması sebebiyle enflamatuar abdominal aort anevrizması tanısı ile kalp ve damar cerrahisi yoğun bakıma yatırıldı.

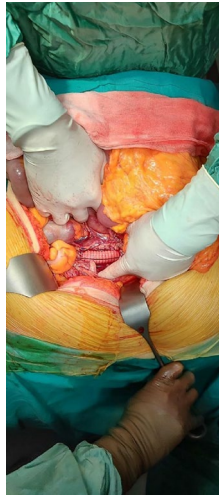
BULGULAR: Enflamatuar parametreleri çok yüksek olan hastada, hemodinaminin stabil olması, karın ağrısının olmaması, tomografide rüptür, ekstremitasyon olmaması nedeniyle mevcut aortit tablosu geriledikten sonra elektif cerrahi planlandı. Yatışının 3. gününde masif hematemezi oldu. Hipotansiyon sonrası acil entübe edilen ve nazogastrik sondadan masif kanaması olan hasta acil ameliyata alındı. Abdominal aorta eksplere edildiğinde batin içinde veya retroperitoneal alanda hematoma, hemoraji saptanmadı. Anevrizma kesesinin direkt duodenuma açıldığı gözlemlendi. Anevrizma kesesi eksize edildikten sonra 16 mm Dacron tüp greft aortaya interpoze edildi. Klempeler açıldıktan sonra anastomoz hattında kanama gözlenmedi ve duodenumdaki defekt onarıldı. Metabolik asidozu düzelmeyen ve inotrop desteği artan hastada kardiyak arrest gelişti, resüsitasyona yanıt alınamadı ve ex oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Abdominal aort anevrizmalarında çap her ne kadar 50 mm olana kadar takip edilse de olguda olduğu gibi daha küçük anevrizmalarda da rüptür riski yüksek ve mortal olabilir. Enflamatuar anevrizmalarda, bağırsağa komşu alanlarda fistülizasyon, rüptür riski yüksek olabileceğinden hasta stabil olsa bile cerrahi erken dönem yapılabilir. Cerrahi zamanlamaya kar zarar oranına göre karar verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Enterik fistül, anevrizma, enflamasyon, rüptür.



Şekil 1. Enfekte sakküler anevrizma kesesi.



Şekil 2. Dacron tüp greft interpozisyonu.



Şekil 3. Abdominal aort anevrizması, opaklı tomografi görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-099]

Hemotoraks nedeniyle gelen tip 1 diseksiyon hastasında hibrid girişim -total arch debranching + land zone 0 TEVAR- olgusu

Haydar Yasa¹, Oğulcan Ozdemir², İsmail Yurekli², Habib Cakir¹, Okay Güven Karaca², Suat Şenkaya², Hüseyin Erdinç², Anil Sarioglu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı; İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²T.C S.B İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

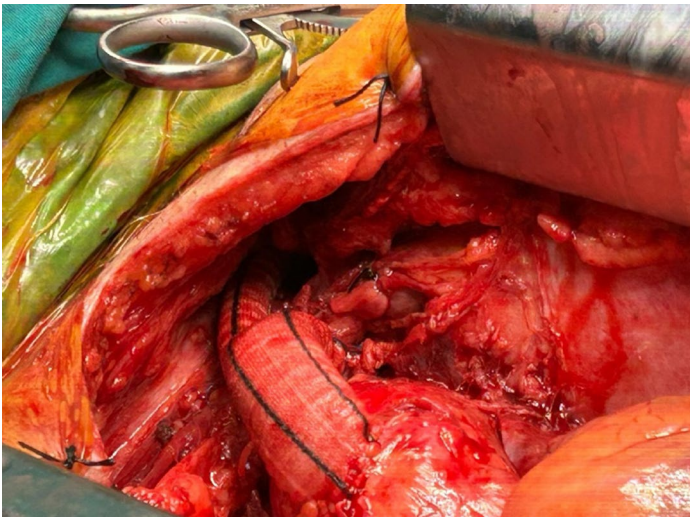
GİRİŞ VE AMAÇ: Tip 1 aort diseksiyonların akut yönetimi cerrahi açıdan zorluklar yaratabilmektedir. Özellikle izole arkus lezyonu da içeren diseksiyonlarda hibrid yaklaşım güvenli bir tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır.

YÖNTEM: 77 yaş erkek hasta, göğüs cerrahisi kliniğine hemotoraks nedeniyle interne edildikten sonra yapılan tetkiklerinde tip 1 aort diseksiyonu saptanması üzerine kliniğimize devir alındı. Ameliyat hazırlıklarından sonra hasta hibrid salona alındı. Hastaya median sternotomi yapıldı. Anestezi hazırlığından sonra sistolik tansiyonu 80 mmHg civarında olacak şekilde asendan aortaya side clomp konuldu. 14/7mm e-PTFE Y greft ile proksimal anastomoz yapıldı. Ana gövde sağ trunkus brachiocephalicus side-to-side, sol common karotise end-to-side anastomoz yapıldı, ancak subklavien arterin diseke aort nedeniyle ve trombüsler nedeniyle ulaşılmadı, subklavien insizyon yapıldı. Sol subklavien artere tünelden ulaşıldı, end-to-side tekniği ile subklavien artere baypas yapıldı (Şekil 1) greft anastomozu sonrası asendan aortaya greftin proksimalini belli etmek için greftin çevresine radyoopak marker (Hidrofilik kılavuz tel) tespit dikişleri ile tutturuldu. Böylece anjiyografiye gerek kalmadan proksimal landing zone ayarlanabildi. Hasta sol femoral arter üzerinden zone 0 TEVAR uygulandı (Şekil 2).

BULGULAR: İşlem sonrası endoleak saptanmayan hasta yoğun bakıma alındı ameliyat sonrası 8. saatinde ekstübe olan hasta iki gün yoğun bakım izleminden sonra servise alındı, ameliyat sonrası 8. günde hasta şifa ile taburcu edildi. Hasta 4. ayında non cerrahi komplikasyonla takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: LZ 0 TEVAR hibrid yaklaşım; ülkemizde hibrid ameliyathanelerin yaygınlaşması ile giderek artmaktadır, bu olguda olduğu gibi hibrid yaklaşım izole arkus lezyonlarında da güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Diseksiyon, debranching, TEVAR, hibrid.



Şekil 1.



Şekil 2.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-104]

İnternal juguler ven ve vagus sinirine yapışık ekstrakranial internal karotis arterin dev gerçek anevrizması: Afazik olgunun yönetim ve tedavisi

Bariş Akça, Nevzat Erdil

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ VE AMAÇ: Karotis arter anevrizmaları nörolojik olay riski taşıyan nadir görülen durumlardır. Bu olgumuzla vagus siniri (VN) ve internal juguler vene (IJV) yapışıklık gösteren, afaziye neden olan sol ekstrakraniyal internal karotis arterin (İKA) dev gerçek anevrizmasına yaklaşım ve tedavisi sunulmaktadır.

YÖNTEM: Afazi ile başvuran, sol boynunda yaklaşık sekiz yıldır büyüyen asemptomatik pulsatil kitlesi (son iki yılda daha hızlı büyüyen) olan 45 yaşında erkek hasta kliniğimize sevk edildi. Hastalık, ilaç/madde kullanımı, genetik yatkınlık, travma, sigara kullanımı öyküsü yoktu. Stabil kardiyopulmoner durumda ve aritmisi yoktu. Laboratuvar sonuçlarında enflamasyon görülmedi. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi anjiyografi ve manyetik rezonans anjiyografi ile sol İKA'da kıvrımlı ve duvarı tromboze dev gerçek anevrizma (52x50 mm) tespit edildi. İntrakraniyal dolaşımı ve intrakraniyal anevrizma varlığını değerlendirmek ve ayrıca optimum tedavi seçeneğini planlamak için dijital substraksiyon anjiyografisi (DSA) yapıldı. DSA, İKA'da dev anevrizma olduğunu, intrakraniyal anevrizma olmadığını, anterior ve posterior komünikan arterlerin açık olduğunu ortaya koydu. Etiyolojik araştırma için Romatoloji (vaskülit, Behçet hastalığı), enfeksiyon hastalıkları (sifiliz) konsültasyonları yapıldı.

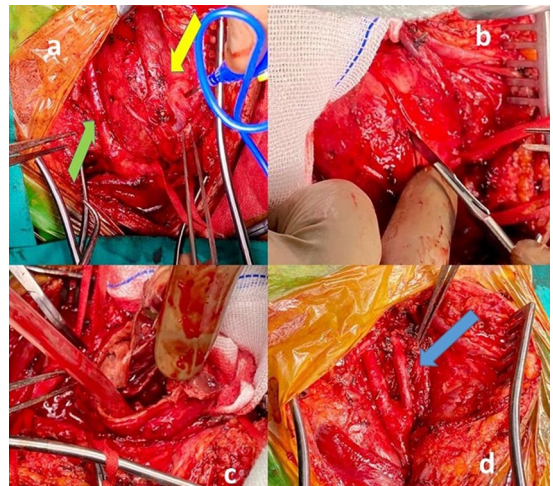
BULGULAR: Multidisipliner değerlendirme ile açık cerrahi tedaviye karar verildi. Genel anestezi altındaki ameliyat sırasında IJV'in anteriorda ve VN'in posteriorda anevrizma duvarına yapışık olduğu görüldü. IJV anevrizma duvarından ayrılarak VN ise yapışık olduğu anevrizma duvarı ile bırakılarak korundu. Anevrizma duvarı, VN'in yapıştığı kısım kese duvarından ayrıştırılmadan bırakılarak kısmen çıkarıldı. Distal ve proksimal anastomoz sahasının trombektomisini takiben safen ven greft interpozisyonu yapıldı. Ameliyat sonrası dömemde hipoglossal sinir hasarı dışında problem olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İnternal karotis arterin anevrizmalarının tedavisinde açık cerrahi ve endovasküler yöntemler mevcut olup kıvrımlı anatomik yapıdaki geniş anevrizmalarda açık cerrahi uygun bir seçenektir. Yapışıklık kaynaklı kalıcı hasardan kaçınmak için kese duvarının kısmen bırakılabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Ekstrakranial internal karotid arter anevrizması, gerçek anevrizma, afazi, açık cerrahi.



Şekil 1. Genişleyen pulsatil kitlenin inspeksiyon görünümü (a) ve ekstrakraniyal internal karotis arter dev gerçek anevrizmasının bt anjiyografi (b) ve DSA (c) görüntüleri.



Şekil 2. Hastanın sakküler anevrizmasının bifurkasyona çok yakın olması pantolon greft konulmasını zorunlu hale getirmektedir.

Asistan Bildirileri

[EP-106]

Periferik arter hastalığının yönetiminde yeni bir yaklaşım: Teletıp ve giyilebilir teknolojiler aracılığıyla uzaktan hasta yönetimi

Muhammed Emir Şahin, Mustafa Çetinkaya, Çağla Canbay Sarılar, Birol Akdoğan, Ibrahim Ufuk Alpagut, Sevinc Gulsecen, Nilgun Bozbuga

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

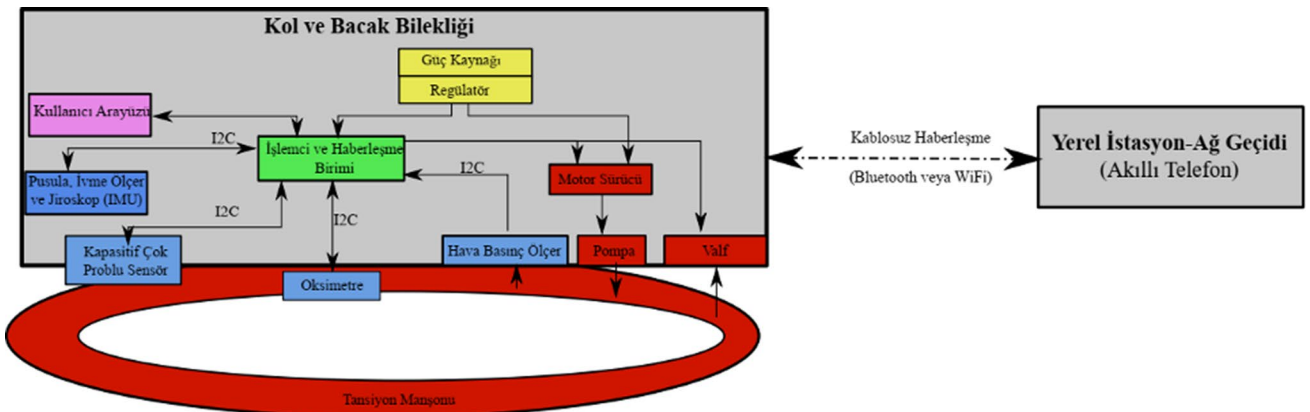
GİRİŞ VE AMAÇ: Sağlık hizmetlerinin sunumunda geleneksel hasta-hekim etkileşiminin yanında bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak mekândan bağımsız, uzaktan hasta yönetimi kritik role sahiptir. Yeni jenerasyon telekomünikasyon ağları ile nesnelerin interneti, büyük veri analitiği, derin öğrenme ve giyilebilir teknolojiler genel erişilebilirlik, kullanılabilirlik, güvenilirlik, tıbbi yararlılık açılarından periferik damar hastalarında katılımcı uzaktan hasta yönetimine katkı sağlayacaktır.

YÖNTEM: Kol ve ayak bileğine bağlanan bir giyilebilir sensörler içeren bileklik yardımıyla hastaların ayak bileği-kol indeksi (ABI) ve dolaşım verileri ölçülerek, ağ geçidi olarak akıllı telefon aracılığıyla ve hastane servisi sunucusuna aktarılacaktır. Veritabanı sisteminde depolamak ve depolanan bu veriler üzerinden analizi yapmak, sonuçları sorgulamak ve raporlamak amacı veri sözlüğü oluşturulmuştur. Giyilebilir cihaz işlemci ve haberleşme birimi, biopotansiyel, optik, kapasitif ve piezoelektrik sensör dizisi, güç birimi, kullanıcı arayüzü, hava basınç balonu ve pnömatik birim olmak üzere altı ana bileşenden meydana gelmektedir. İşlemci ve haberleşme birimi bir mikrodenetleyici ve kablosuz haberleşme modülünden meydana gelmektedir. Pnömatik birim motor sürücü, hava pompası, valf ve manşondan oluşmaktadır. Sensör dizisi pusula, ivme ölçer, jiroskop, oksimetre, hava basınç ölçer ve kapasitif çok problu sensör modüllerinden meydana gelmektedir.

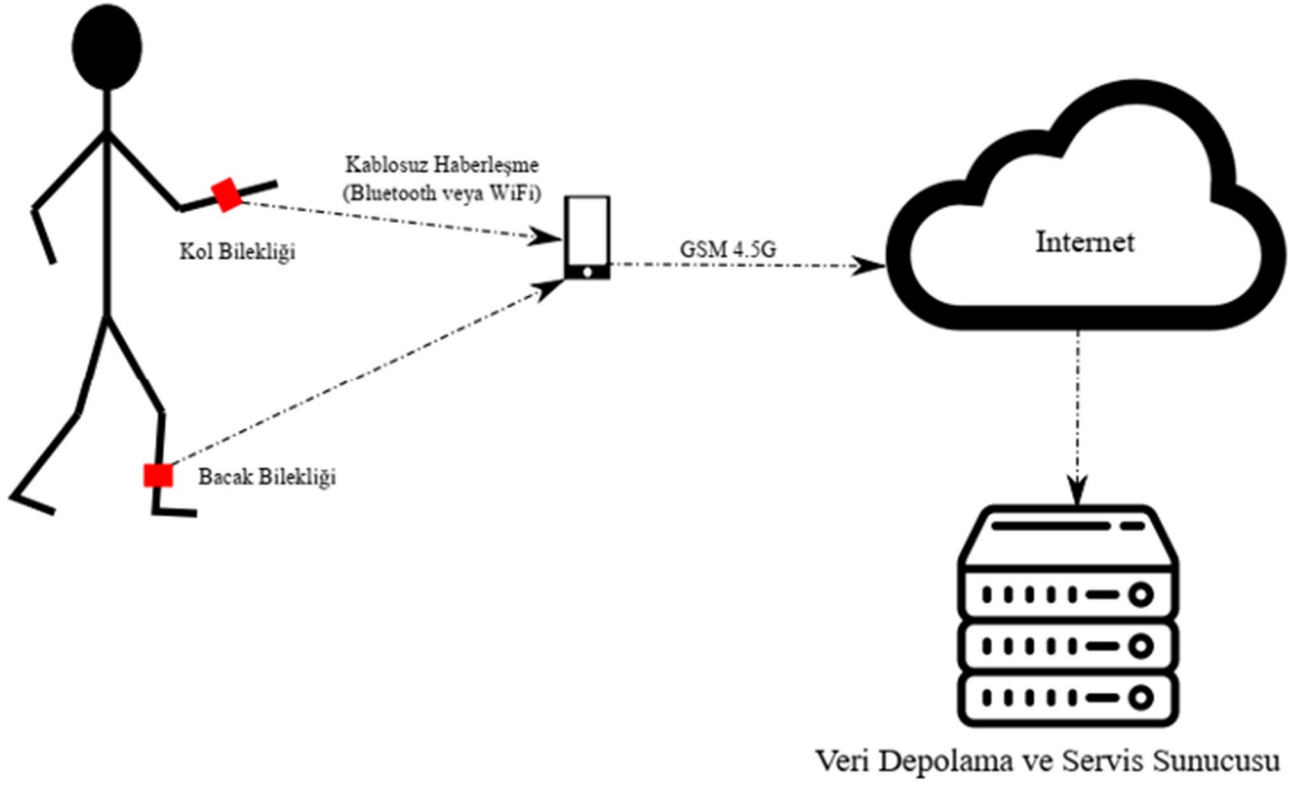
BULGULAR: Teletıp uygulamaları ve giyilebilir teknolojiler aracılığıyla izlem gerektiren periferik arter lezyonlarının anlık verilerin alınması, hasta-klinik iletişimiyle tehdit edici komplikasyonların önlenmesi önem kazanmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Giyilebilir teknoloji ürünlerinin tasarımı, üretimi, minyatürleştirilmesi, giyilebilirlik ve konforunun artışı ve dijital sağlık teknolojileri aracılığıyla kişiselleştirilmiş tıp uygulamaların genişletilmesi hedeflenmektedir.

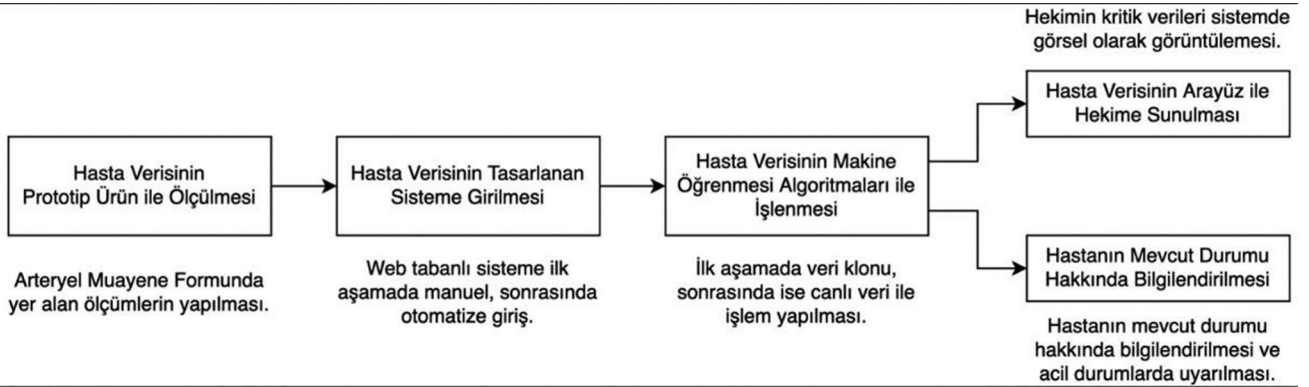
Anahtar sözcükler: Teknoloji, teletıp.



Şekil 1. Hastanın sakküler anevrizmasının bifurkasyona çok yakın olması pantolon greft konulmasını zorunlu hale getirmektedir.



Şekil 1. El ve ayak bileklerinden ölçümün iletilmesi ve depolanması.



Şekil 3. Verinin veri analizi yazılımı ve makine öğrenmesi ile hekime raporlanması.

Asistan Bildirileri

[EP-107]

Superior mezenter arter oklüzyonu ve embolektomi

Mustafa Şimşek, Özbek Oğuz, Murat Güner, Ebru Bal, Hüseyin Erdiñç, İsmail Yurekli, Haydar Yasa, Habib Cakir

T.C S.B İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

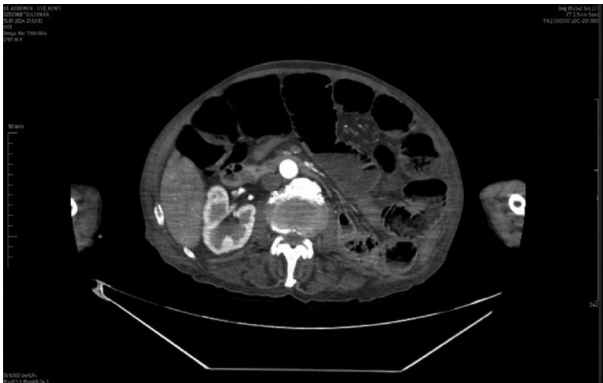
GİRİŞ VE AMAÇ: Akut superior mezenter arter (SMA) trombozu, stenoza sebep olan aterosklerotik zeminde sekonder olarak gelişir. Tanıda semptomların müphem olması nedeniyle tanıda gecikilebilir, bağırsak nekrozu gelişmesine yol açar, hastaların çoğunda arteriyel revaskülarizasyon sonrası geniş bağırsak rezeksiyonları yapılır. 78 yaşında erkek hasta, acil servise karın ağrısı ile başvurdu. 2011 yılında kistik hastalık nedeniyle sol nefrektomi ve 2024 Mart ayında periferik arter hastalığı nedeniyle bilateral dizüstü amputasyon öyküsü mevcuttu. Elektrokardiyografi atriyal fibrilasyon ritminde, bilgisayarlı tomografi raporunda SMA embolisi mevcut olması üzerine acil şartlarda cerrahisi planlanmış.

YÖNTEM: Genel cerrahi tarafından eksplorasyon, Treitz'da 120 cm'den itibaren subtotal ince bağırsak rezeksiyonu, sol hemikolektomi, iliotrasverstomi uygunlandı. Perioperatif dahil olduğumuz olguda SMA proksimal ve distali nylon teyp ile dönüldü. SMA proksimali tromboze görünümdeydi. 1 cc heparin uygulanması sonrası bulldog konuldu. Arteriyotomi yapıldı. 3F Fogarty kateteri ile proksimalden bol miktarda taze trombüs materyali elde edildi. Akım pulsatil ve iyiydi. Distaline 3F Fogarty ile embolektomi yapıldı. Az miktarda organize trombüs materyali elde edildi. Arteriyotomi 6*0 Prolen ile sütüre edildi. Hemostaz sağlandı.

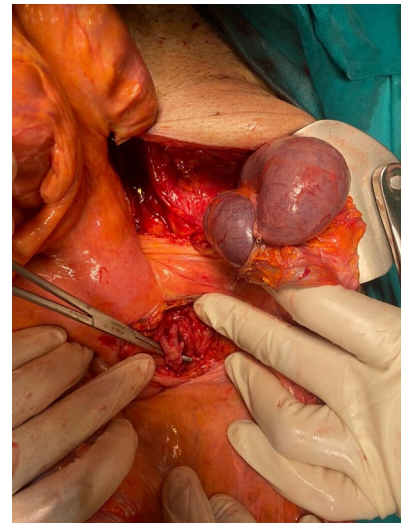
BULGULAR: Bilateral femoral nabızlar palpabldı. Ameliyat sonrası dönemde ekstübe takip edildi. EKO: EF 35. Sol atriyumda trombüs ile uyumlu görünüm izlendi. Genel durumu takiplerinde kötüleşen hasta akut böbrek hasarı gelişmesi üzerine hemodiyaliz esnasında arrest gelişti. Hasta ameliyat sonrası dönemde cerrahi yoğun bakım takibi sonunda exitus olarak kabul edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut SMA embolisinde genellikle proksimal SMA aterosklerotik stenozu üzerinde yerleşir. SMA oklüzyonu genellikle a.kolika media proksimalinde tam tıkanmaya sebep olduğu için eğer çölyak arter ve inferior mezenterik arterden (IMA) gelen kollateraller yeterli gelişmemişse jejunum ve ileumun büyük bölümünde kan akımının totale yakın azalmasına neden olur. Bu sebepten akut SMA trombozları oldukça kötü sonuçlara sebep olmakta ve geniş serilerde %70'e varan mortaliteler bildirilmektedir.

Anahtar sözcükler: Embolektomi, mezenter iskemi, superior mezenterik arter.



Şekil 1. SMA oklüde BT görünümü.



Şekil 2. Embolektomi sonrası Palpabl SMA.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-108]

Penetrating aortic ulcer presenting with cardiac tamponade

Oktay Peker, Ragsana Mahmudova, Anıl Cankurt, Timuçin Sabuncu

Department of Cardiovascular Surgery, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Penetrating aortic ulceration (PAU) is part of the spectrum of acute aortic syndromes, and is defined as an ulcerated intimal disruption due to atherosclerotic disease. It is usually located in the descending aorta and rarely observed in the ascending aorta. We present successful surgical management of a patient presenting with cardiac tamponade and a ruptured PAU in the ascending aorta.

METHOD: A 74-year-old female arrived at the emergency department with complaints of chest pain, cough, and shortness of breath. In laboratory tests: Troponin-I 20 ng/mL, d dimer 11.57 mg procalcitonin 0.38 ng/mL, CRP 52.8 mg/L, Hb 10.3 g/dL, leukocytes 13.2/mm³, platelets 452000/mm³, creatinine 0.57 mg/dL, glucose 191 mg/dL, BNP 35.4 pg/mL. COVID Ag test (-), arterial blood gas sampling pH 7.39, lactate 3.9 mmol/L; procalcitonin: 0.38 ng/mL, CRP: 52.8 mg/L, Hb 10.3 g/dL, leukocytes: 13.2/mm³, platelets: 452000/mm³, Troponin-I: 20 ng/mL, creatinine: 0.57 mg/dL, glucose: 191 mg/dL, BNP: 35.4 pg/mL. COVID Ag test (-), arterial blood gas sampling pH: 7.39, lactate: 3.9 mmol/L.

RESULTS: Echocardiography showed a fibrinous pericardial effusion measuring 16 mm in the infra-cardiac location, 19 mm in the lateral wall, and 19 mm near the apex. Moderate mitral regurgitation and moderate-severe tricuspid regurgitation were observed. Pulmonary artery pressure was measured as 45 mmHg.

When triple rule out CTA showed outpouching of contrast extending beyond the intima compatible with PAU and 2 ulcerated plaques in the ascending aorta (Figure 1), the patient was consulted to our department and with the diagnosis of acute aortic syndrome an emergency surgical therapy was decided for the patient. 6 months ago in her past medical history, similar complaints was detected with normal thorax CTA findings.

After successfully administering anesthesia, we initiated CPB by the femoral artery and vein cannulation. After sternotomy, the pericardium was opened, the observed hemorrhagic pericardial fluid was aspirated (Figure 2). The epicardium and aorta were covered with a layer of hematoma. The hematoma was removed gently. The penetrating ulcerative segment in the ascending aorta was resected from the sinutubular junction level to the beginning of the arch, and the ascending aorta was replaced with a 28 mm diameter tubular dacron graft (Figure 3). Pathological evaluation of the surgical aortic tissue was found to be compatible with focal inflammatory changes and focus of microabscess (Figure 4).

In the early postoperative period, diabetes insipidus and polyuria were observed. Patient consulted with the department of endocrinology and recommended follow-up with fluid replacement. The patient, who had no other significant problems postoperatively, was discharged with full recovery on the 8th postoperative day. The patient had 2 chest pain episodes at postoperative 3rd and 6th months. In both periods CT of the aorta showed intact ascending aorta with no signs of aortitis and just a focal dissection flap at right external iliac artery which assumed to be secondary to femoral artery cannulation.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Although PAU in the ascending aorta is uncommon, it is commonly lethal when it ruptures. We recommend treating ruptured PAU in the ascending aorta with an aggressive surgical intervention,

Keywords: Penetrating aortic ulcer, tamponade, surgical management.

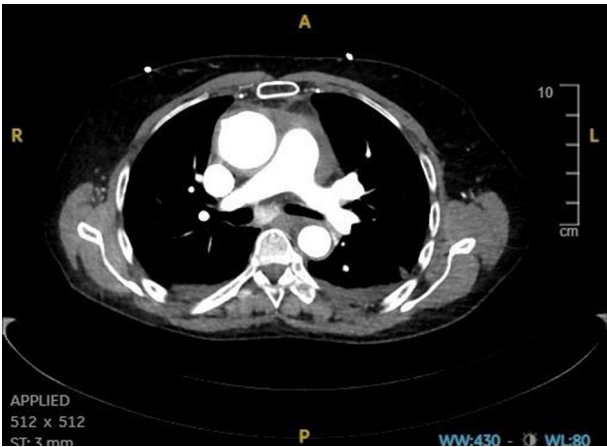


Figure 1. Triple rule out showed outpouching of contrast extending beyond the intima.



Figure 2. Surgical view of pericardial tamponade.

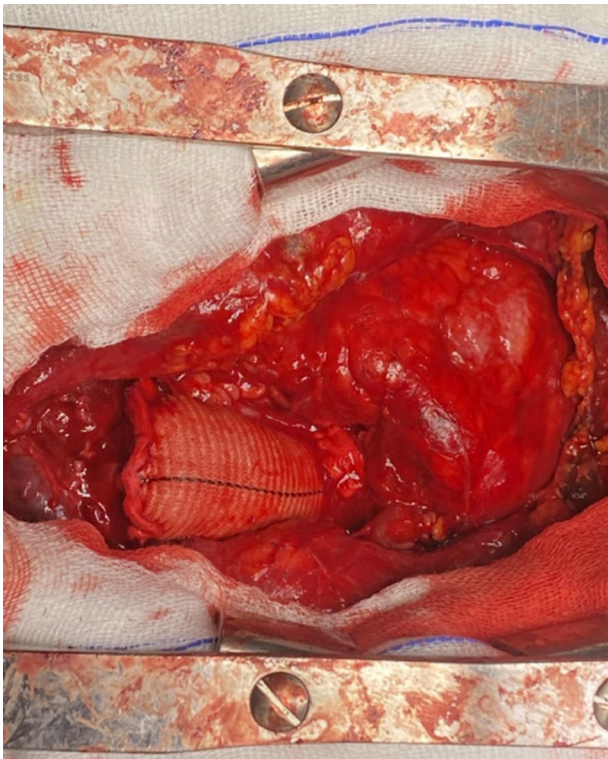


Figure 3. Surgical view of successful ascending aortic replacement.

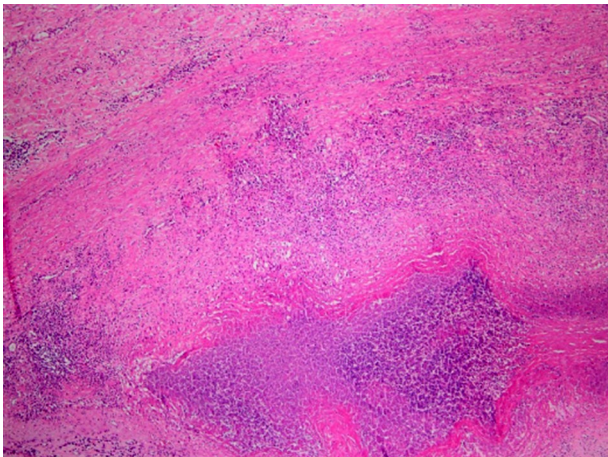


Figure 4. Focal inflammatory changes and focus of microabscess.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-110]

Karaciğer nakli öyküsü olan bir hastada minimal invaziv direkt koroner arter baypas cerrahisinin yönetimi

Mustafa Barış Kemahlı, Cuneyt Narin

Acıbadem Kent Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Minimal invaziv cerrahi, daha az kan kaybı, daha az yara yeri enfeksiyonu ve erken cerrahi toparlanma ile birlikte. Görece daha yeni teknik olması nedeniyle farklı hasta topluluklarında uygulanabilir hale gelmektedir.

YÖNTEM: Yetmiş altı yaş erkek hastanın efor ile meydana gelen göğüs ağrısı nedeniyle yapılan koroner anjiyografisinde çok damar hastalığı izlenmiş. Hasta kliniğimize baypas cerrahisi için başvurdu. Hastanın 14 yıl öncesinde siroz nedeni karaciğer transplantasyon öyküsü ve tip 2 diyabetes mellitus hastalıkları mevcuttu. Minimal invaziv koroner kapalı baypas ameliyatı (MIDCAB) yapılması planlanan hastaya karaciğer transplantasyon öyküsü nedeni venöz fazı da içerecek şekilde torakoabdominal bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) görüntülemesi yapıldı. Periferik kanülasyon için sağ femoral eksplorasyon ile ana femoral arter ve ana femoral vene purse dikiş koyuldu, ven için guidewire ilerletilip sağ atriyumda olduğu doğrulandı, Seldinger yöntemi ile transözofageal ekokardiyografi (TEE) rehberliğinde arter ve venöz kanülasyon tamamlandı.

BULGULAR: Sol anterior mini torakotomi yapılan hastaya kardiyopulmoner baypas ve X klemp altında üç damar baypas uygulandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi farklı komorbiditeleri olan hastalarda uygulanabilmektedir. Karaciğer nakli yapılmış hastalarda inferior vena kava ve abdominal aortu da içeren cerrahi öykü mevcuttur. Periferik kanülasyon gerektiren minimal invaziv cerrahide periferik vasküler yapıların BTA ile iyi bir ameliyat öncesi incelenmesi, kanülasyon stratejisi için yararlıdır. Perioperatif yapılan TEE ile tel ve kanulün hepatik vasküler yapılara ilerlemeyip sağ atriyum ve aortadaki varlığının doğrulanması ile karmaşık ve riskli anatomik durumlarda dahi periferik kanülasyon ile minimal invaziv aortik cerrahi güvenle uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Baypas, minimal invaziv, transplantasyon.

Asistan Bildirileri

[EP-111]

Aksiller ven anevrizmasında cerrahi tedavi

Ferhat Muhammed Karataş, Serkan Ketenciler, Mehmet Ali Yeşiltaş, Cihan Yücel, İsmail Haberal, İlhan Sanisoglu

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Aksiller ven anevrizmaları nadir görülen vasküler anomalilerdir ve genellikle asemptomatik olup, kol şişliği, ağrı veya tromboz gibi belirtilerle ortaya çıkabilirler. Komplikasyonları önlemek için hızlı tanı ve cerrahi müdahale önemlidir.

YÖNTEM: Bu olgu sunumunda, sol aksiller ven anevrizması nedeniyle başarılı cerrahi tedavi uygulanan bir hasta ele alınmaktadır.

BULGULAR: Otuz yaşında kadın hasta son altı aydır sol aksiller bölgede şişlik, fiziksel aktivite ile artan kol ağrısı ile değerlendirildi. Fizik muayenede sol aksillada ele gelen yumuşak ve kompresibl bir kitle tespit edildi. Dopler ultrasonografide, sol aksiller vende anevrizmal dilatasyon ortaya konuldu. Bilgisayarlı tomografide, komşu yapılar üzerinde belirgin baskı oluşturmayan aksiller vende 3.5 cm çapında sakküler anevrizma olduğu görüldü. Semptomatik ve derin ven trombozu riski olması sebebiyle hastaya aksiller ven anevrizmatik segmentin eksizyonu ve aksiller venin uç-uca anastomozu ameliyatı uygulandı (Şekil 1A ve 1B). Ameliyat sonrası 2. gününde taburcu edilen hastaya ilk üç ay antikoagulan ilaç tedavisi uygulandı. Takiplerinde asemptomatik seyreden hastaya, 6. ayda yapılan ultrasonografisinde nüks olmadığı ve aksiller venin patent olduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Aksiller ven anevrizmaları, klinik olarak nadir karşılaşılan venöz anomaliler arasında yer alır ve literatürde az sayıda vaka raporuyla belgelenmiştir. Tromboembolik olayların önlenmesi açısından erken tedavi önem taşımaktadır. Tedavisinde anevrizmektomi ve venin uç-uca anastomozu ameliyatı literatürde rastlanan en sık tekniktir. Bizim olgumuzda da benzer cerrahi tedavi yöntemi başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Antikoagülasyon tedavi tromboz riskini azaltmak için özellikle ilk üç ay uygulanmalıdır. Sonuç olarak, aksiller ven anevrizmaları nadir görülmekle birlikte ciddi komplikasyonlara yol açabilecek bir vasküler anomali olarak ele alınmalı, uygun cerrahi müdahale ve yakın takip, başarılı bir tedavi süreci için gereklidir.

Anahtar sözcükler: Aksiller ven, venöz anevrizma.



Şekil 1. Aksiller ven anevrizmanın intraoperatif eksplorasyonu.



Şekil 2. Anevrizmatik segment eksizyonu sonrası aksiller venin uç-uca anastomoz tekniği ile tamiri.

Asistan Bildirileri

[EP-112]

Geçici diyaliz kateteri takılırken intravasküler alanda kalan kılavuz J telin cerrahi olarak çıkartılması

Hicret Kumalar Gişi, Fatih Özüğür, Süleyman Uğur Yılmaz, Ayşe Merve Altunal, Ayhan Muduroglu, Yusuf Velioglu, Ahmet Yuksel, Deniz Demir, Nail Kahraman

Bursa Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa

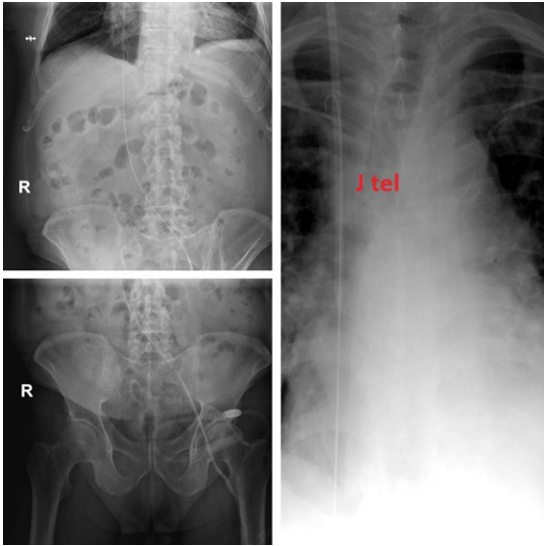
GİRİŞ VE AMAÇ: İnvasküler tedavilerin sayısının artmasıyla birlikte, işlem sırasında intravasküler alanda bırakılan veya unutulmuş yabancı cisimler sıklıkla karşımıza çıkan klinik bir sorundur. Olgumuzda femoral venden takılan geçici diyaliz kateteri sonrası intravasküler alanda kalan kılavuz telin çıkarılmasını sunduk.

YÖNTEM: Nefroloji kliniğinde kronik böbrek yetmezliği (KBY) ile takip edilen periton diyaliz alan altmış altı yaş erkek hastanın hemodiyaliz ihtiyacı olması üzerine sol femoral venden geçici hemodiyaliz kateteri takılmış, asemptomatik hastanın diyalizde kateterinin efektif çalışmaması üzerine sağ juguler venden de başka bir diyaliz kateteri takılmış. Juguler kateterin yerinin doğrulanması için çekilen kontrol akciğer grafisinde sol femoral vendeki geçici kateterin içinden superior vena kavaya kadar uzanan J tel görülmesi üzerine hasta tarafımıza danışılarak acil ameliyata alındı. Tel ciltten yaklaşık 3 cm içeride kateterin vene giriş yerine yakın yerdedi. Lokal anestezi altında 2 cm'lik kesi ile vene giriş yerine yakın yerde kateter klemp ile yakalandı. Skopi ile telin kateter içinde klemp ile yakalandığı görüldü ve J tel kateter ile birlikte çıkarıldı. Kanama kontrolünü takiben cilt insizyonu matriks sütür ile kapatıldı.

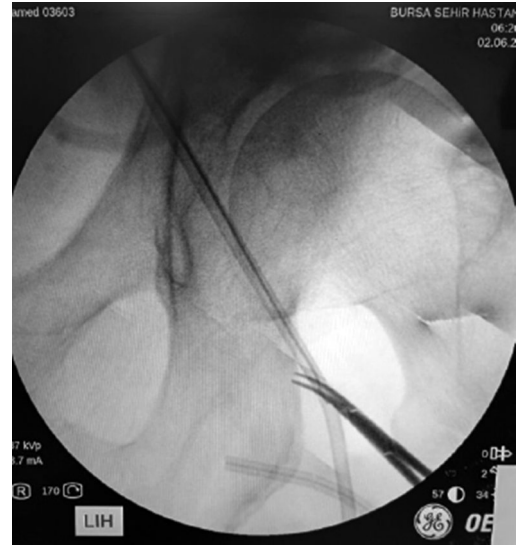
BULGULAR: İnvasküler yabancı cisimlerin kaynağı çok çeşitli olup en sık iyatrojenik neden kılavuz teller, sheatler, vena kava filtreleri, kalp kapak parçaları, pace telleridir. İnvasküler yabancı cisme bağlı sepsis, tromboflebit, kardiyak yaralanma, damar oklüzyonu ve perforasyonu gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. İnvasküler alandaki yabancı cisimler hasta asemptomatik olsa dahi mutlaka çıkarılmalıdır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Tanı veya tedavi amacı ile yapılan intravasküler girişimlerde malzeme kontrolünün tam yapılması ve eksik malzeme var ise intravasküler alanda yabancı cisim kalabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Endovasküler teknikler, hemodiyaliz, yabancı cisim.



Şekil 1. Sol femoral venden vena kava superiora kadar uzanan J tel.



Şekil 2. Sol femoral vendeki geçici hemodiyaliz kateteri içinde klemp ile yakalanan J tel.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-113]

Tip 3 torakoabdominal aort anevrizmasının endovasküler tedavi ile yönetimi: Yüksek riskli bir olgu sunumu

İsa Civelek, Ali Aghayev, Sema Kılınç, Ceylan Gürcan, Özgür Ersoy, İlker İnce

TC. SB. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Torakoabdominal aort anevrizmaları (TAAA), yüksek mortalite ve morbidite oranlarıyla ciddi patolojilerdir. Cerrahi tedavi, bu anevrizmalara bağlı ölümcül komplikasyonları önlemek için gereklidir. Ancak, açık cerrahi, yüksek risk nedeniyle her hastada uygun görülmeyebilir; bu durumda, endovasküler tedavi bir alternatif olarak uygulanabilir.

YÖNTEM: 53 yaşındaki erkek hasta, daha önce Bentall prosedürü ve mitral kapak replasmanı (MVR) ameliyatı geçirmiş olup, hastada ileri derecede kifoskolyoz ve toraks ön duvar deformitesi vardı. Yapılan incelemede, tip 3 TAAA saptandı. Kifoskolyoz nedeniyle anevrizmatik aortik segmentler 'S' şeklindeydi. Ek olarak atriyal fibrilasyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) tanıları da mevcut olan hastada açık cerrahi girişim teknik olarak mümkün olmayan ve çok yüksek riskli olarak değerlendirildiği için, hasta ile birlikte medikal tedavi kararı alındı. Takip sürecinde hasta, sırt ve karın ağrısıyla acil servise başvurdu. Yoğun bakımda maksimal medikal tedaviye rağmen ağrı kontrolü sağlanamadı ve rüptür gelişeceği düşünülerek acil endovasküler girişim planlandı.

BULGULAR: Hibrit ameliyathanede, genel anestezi altında anevrizmatik aorta torasik endovasküler aort tamiri (TEVAR) greftleri ile zon 3'ten zon 5'e kadar kapatıldı. Çölyak trunkus kanülasyonu başarısız olunca, oluşturulan açıklığın kapatılmasını sağlamak amacıyla TEVAR grefti yerleştirildi. SMA ve her iki renal arter modifiye edilmiş stent-greft içerisinden kanüle edildi ve uygun çapta stent-greftler yerleştirildi. Kontrol anjiyografide SMA ve her iki renal arterin patent olduğu görüldü. Hasta ameliyat sonrası takip için yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımda sorunsuz ekstübe edilen hasta, iki gün sonra servise alındı ve ameliyat sonrası 7. günde problem olmadan taburcu edildi. Takiplerinde kese boyutunda yaklaşık 10 mm küçülme gerçekleşen hasta asemptomatik olarak hayatına devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Açık cerrahi tedavisi çok yüksek riskli olarak değerlendirilen TAAA olgularında endovasküler tedavi bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

Anahtar sözcükler: Torakoabdominal aort anevrizması, endovasküler anevrizma onarımı, aort anevrizması/ cerrahisi.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-114]

Koroner baypas cerrahisi sonrası erken dönem nadir görülen bir komplikasyon: Şilotoraks

Şahin Kapan, İsmail Kakillioğlu, Veli Burak Taçkın, Nevzat Erdil

TC. SB. Antalya Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner baypas cerrahisinde sol ön inen arter (LAD) revaskülarizasyonunda sol internal meme arteri (LIMA) kullanımı altın standarttır. LİMA çıkarılması sonrası duktus toratikus zedelenmesi çok nadir görülen bir durumdur. Bu olgu sunumunda koroner baypas sonrası hastamızda şilotoraks gelişimi ve bu hastanın klinik takibini sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: 59 yaşında kadın hastaya kritik LAD ve sağ koroner arter lezyonları nedeniyle LİMA-LAD ve Ao-Safen ven- sağ koroner arter (RCA) baypas yapıldı. Pompadan sorunsuz çıkan hasta yoğun bakıma çıkarıldı. Ameliyat sonrası 1. gün herşey normal seyrederken drenlerinden şeffaf süt renginde drenaj olmaya başladı. Hastada şilotoraks olabileceği düşünülerek sıfır yağlı diyetle geçildi. Sağ toraks açılmamasına rağmen sağ toraksta da mayi biriktiği gözlemlendi.

BULGULAR: Oli-clinomel N4, cernevit flakon başlandı ve dreni değiştirerek drenaj miktarının günlük ölçümü yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 3. günde servise çıkarıldı. Hastanın ilk 5 gün ortalama 800 ml/gün mediasten dreninden şiloz drenajı oldu. Sol toraks dreninden anlamlı drenaj olmadı. Ameliyat sonrası 4. gün hastaya diyet tedavisi yanında somatostatin 3,5 mikrogram/kg/saat infüzyon başlandı. Ameliyat sonrası 6. ve 7. gün 200 ve 150 ml daha geleni olduktan sonra drenajı durdu. Normal diyet başlandı ve drenaj olmayınca drenleri çekildi. Şifa ile hasta taburcu edildi. Ameliyat sonrası 1. ay kontrolünde akciğer filminde bir problem ve efüzyon tespit edilmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Koroner cerrahisinde cerrahi işlem sırasında her ne kadar ductus torasikustan uzak alanlarda çalışılsa da özellikle mediastinal yağ dokularının diseksiyonunda ductus torasikusun anatomik varyantı olarak dallarının yaralanabileceği ve nadir de olsa şilotoraks olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu tip hastalar yakın takip ve uygun medikasyonla sorunsuz tedavi edilebilirler.

Anahtar sözcükler: Koroner baypas, şilotoraks, efüzyon.



Şekil 1. Ameliyat sonrası 7. gün akciğer grafisi.



Şekil 2. Ameliyat sonrası 1. ay akciğer grafisi.

Asistan Bildirileri

[EP-115]

Gözden kaçan bir damar patolojisi: Hipotenar hammer sendromu

Gokhan Arslan, Yiğit Tokgöz, Ertan Demirdas, Hakan Kartal, Ugur Bozlar

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırması Hastanesi, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Üst ekstremitte arteriyel anevrizmaları, özellikle tekrarlayan mikro travmalara bağlı olarak gelişen nadir görülen vasküler patolojilerdir. Bu tür anevrizmaların en sık görülen tiplerinden biri olan hipotenar hammer sendromu, ulnar arterde meydana gelen ve genellikle tekrarlayan travmatik etkilere bağlı olarak gelişen bir durumdur. Bu olgu sunumunda, mesleki geçmişi nedeniyle tekrarlayan mikro travmalara maruz kalan bir hastada gelişen hipotenar hammer sendromu olgusunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Üst ekstremitte arteriyel anevrizmaları, özellikle tekrarlayan küçük travmalar sonucu, sıklıkla ellerde görülen nadir bir damar hastalığıdır. Bu durum, özellikle ellerini sıkça kullanan meslek gruplarında daha sık görülür ve hipotenar hammer sendromu olarak bilinir. Ulnar arterde oluşan bu anevrizmalar, vazospastik damar hastalıklarıyla benzer belirtilere sahip olabileceğinden, kesin tanı için detaylı bir inceleme gereklidir.

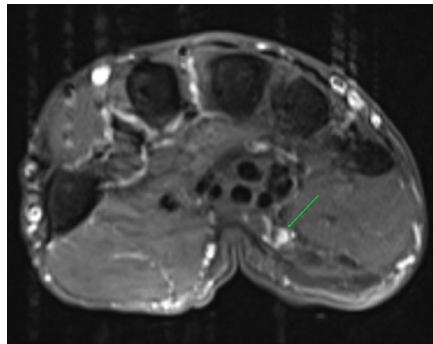
BULGULAR: 40 paket/yıl sigara öyküsü olan 56 yaşında bir erkek, sağ elinde dört yıldır devam eden ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede, sağ el hipotenar bölgesinde şişlik ve ulnar arterde nabız yokluğu saptandı. Yapılan görüntülemelerde, ulnar arterde anevrizma ve distal tromboz tespit edildi (Şekil 1-2). Hastanın mesleki olarak ayakkabıcılık ile uğraşması ve sürekli el aleti kullanması, hipotenar hammer sendromu tanısını destekledi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hipotenar hammer sendromu, tekrarlayan travmalara bağlı olarak elde oluşan ve genellikle el cerrahisi alanında takip edilen nadir bir hastalıktır. Ancak, ulnar arter tıkanıklığına bağlı şikayetlerle kalp damar cerrahisi polikliniğine başvuran hastalarda, arteriyel emboli ve vazospazm gibi diğer damar hastalıklarıyla karışabilmektedir. Bu nedenle, özellikle elini sıkça kullanan meslek gruplarında, ayırıcı tanıda hipotenar hammer sendromu akılda tutulmalı ve detaylı bir mesleki anamnez alınmalıdır.

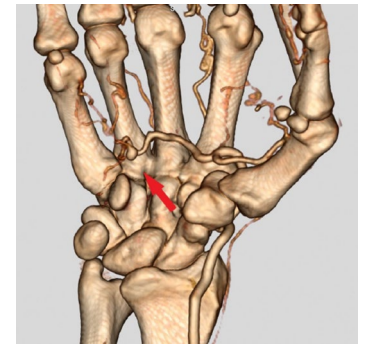
Anahtar sözcükler: Hipotenar hammer sendromu, meslek hastalığı, ulnar arter anevrizması.



Şekil 1. Allen testi. A.Sağ el, radial ve ulnar arter açık, elde normal kanlanma B. Eldeki hem radial hem de ulnar arter girişinin tıkanmasıyla ilişkili solukluk. C. Ulnar arterdeki akışın serbest bırakılmasının ardından eldeki solukluğun devam ettiği görülmekte.



Şekil 2. Kontrastlı MR görüntüsü, T1 aksiyal kesit, ulnar anevrizma (yeşil ok).



Şekil 3. BT anjiyografi 3D görüntü, ulnar anevrizma (kırmızı ok).

Doktor Bildirileri - Damar Erişimi

[EP-116]

Travma sonrası kronik böbrek yetmezliği

Metin Onur Beyaz, Sefer Kaya, İyad Fansa

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay

GİRİŞ VE AMAÇ: Yetişkin bir hastada, üç ay veya daha uzun bir süre boyunca glomerüler filtrasyon hızı (GFR) 60 ml/dak/1,73 m²'den düşük veya GFR 60 ml/dak/1,73 m²'den yüksek olduğunda ancak böbrek yapısında hasar olduğuna dair kanıtlar bulunduğu kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı konur. Hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalara nefroloji birimi ile ortak karar ile arteriyovenöz fistül (AVF) açılması işlemi gerçekleştirilir. Bu çalışmada 6 Şubat Deprem felaketi sonrası kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve tarafımızca AVF açılan hastaların böbrek yetmezliği nedenlerini ortaya koymayı amaçladık.

YÖNTEM: 6 Şubat 2023 sonrasında kliniğimizin aktif ameliyat yapmaya başladığı 2 Mart 2023 sonrası ilk kez AVF ihtiyacı için başvuran tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. İlk kez AVF açılan 109 hastanın demografik verileri, deprem travmaları, ek hastalıklarına dair sonuçlar toplandı.

BULGULAR: 109 kronik böbrek yetmezlikli hastadan 21'i deprem öncesi takip edilmekteydi. 82 hasta enkaz altında bir süre (27±9,4 saat) geçirmişti. 17 hastada çeşitli derecelerde uzuv kaybı mevcuttu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kronik böbrek yetmezliğinin başlıca nedenleri arasında diyabet, hipertansiyon, kronik glomerülo nefrit, kronik piyelonefrit, kronik antiinflatuar ilaç kullanımı, otoimmün hastalıklar, polikistik böbrek hastalığı, Alport hastalığı, konjenital malformasyonlar ve uzun süreli akut böbrek hastalığı yer almaktadır. KBY, oldukça yaygın olmasının yanı sıra, daha yüksek kardiyovasküler hastalık, şiddet ve ölüm riskiyle ilişkilidir. Deprem, savaş gibi toplu felaket ve ağır travmalar sonrasında toplum kronik böbrek yetmezliği ve buna bağlı AVF ihtiyacı artışı kaçınılmazdır.

Anahtar sözcükler: Kronik böbrek yetmezliği; arterio venöz fistül; deprem travmaları.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-117]

Sol ventrikül tutulumlu kist hidatik hastasında cerrahi tedavi

Furkan Burak Akyol, Mehmet Emin Varol, Hilal Demirci, Emre Kubat, Kubilay Karabacak

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırması Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

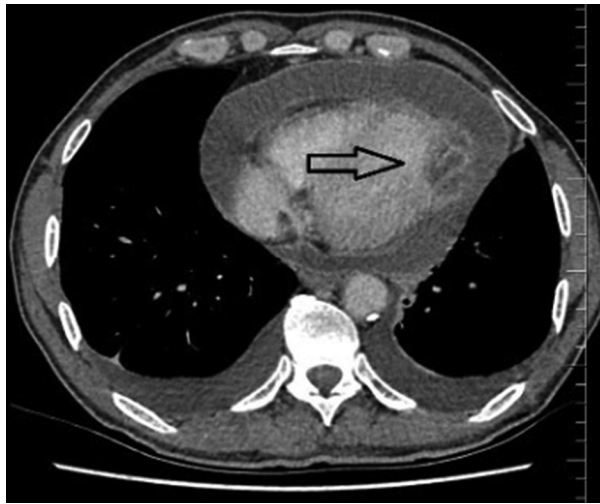
GİRİŞ VE AMAÇ: Kist hidatik hastalığı, Echinococcus Granulosus tenyasının neden olduğu bir hastalıktır. Kist hidatik hastalığında kalp tutulumu tüm olguların %0,02-2'sini kapsamaktadır. En sık sol ventrikülü tutmakla birlikte en mortal ve cerrahi müdahale gerektiren komplikasyonu kist rüptürüdür. Bu olgu sunumda başarılı cerrahi ameliyat yapılan kardiyak tutulumlu kist hidatik hastasını sunmayı amaçladık

YÖNTEM: 62 yaşında erkek hasta, 10 gündür devam eden göğüs ağrısı şikayeti ile Kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Transtorasik ekokardiyografisinde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon değeri 45 olarak görüldü. Kalbin anterior ve anteroseptal bölge hariç hipokinetik olduğu görüldü. Kardiyak bilgisayarlı tomografide sol ventrikül apeksi düzeyinde lateral ve anterior duvarda miyokart içerisinde çok sayıda membranların varlığı ile Gharbi Tip 2 olarak klasifiye edilen kist hidatik düşündürür kistik lezyonlar izlendi. Hastanın karaciğerinde de en büyüğü 7.5x6 cm boyutunda olmak üzere birden fazla kist görüldü.

BULGULAR: Median sternotomi sonrası perikart açıldı. Santral arter ve venöz kanülasyon yapıldıktan sonra aortaya kros klemp konuldu ve kardiyopulmoner baypasa girildi. Apikal insizyon yolu ile sol ventrikül apeksinde miyokart içindeki kiste ulaşıldı. Kist açıldıktan sonra içerisindeki mayi aspire edildi. Kist kavitesi skolosidal bir ajan olan %10 hipertonic salin solüsyonu ile yıkandı. Kistin sol ventriküle invaze olmadığı görüldü. Bunun üzerine kist kavitesi eksize edilerek sol ventrikül matress süturlar ile tamir edildi. 37 dakikalık kros klemp ve 56 dakikalık total perfüzyon süresi sonrası kardiyopulmoner baypastan çıkıldı. Hastanın takibinde problem yaşanmadan ameliyat sonrası dokuzuncu günde ek medikal tedavi ile hastaneden taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuç olarak, iyi planlanmış seçilmiş hastalarda kardiyak kist hidatik cerrahisi etkili bir yöntem olup cerrahi sonrası nüks açısından yakın hasta takibi önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, kalp tutulumu, cerrahi tedavi.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide sol ventrikül apeksinde kist hidatik görünümü.

Doktor Bildirileri - Diğer Bildiriler

[EP-118]

Karotis endarterektomi uygulanan hastanın Orem'in Öz Bakım Kuramı'na göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

Hülya Karaer, Sıla Senem Dilek, Elif Güngör

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Karotis arterin aterosklerozu nedeniyle gelişen karotis arter darlığı, inmenin başlıca nedeni olup, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Ciddi karotis arter darlığının tedavisinde kullanılan Karotis endarterektomi, strok ve mortalite sıklığını önemli derecede azaltmaktadır. Bu olgu sunumu Karotis endarterektomi ameliyatı sonrası takip edilen hastayı Orem'in Öz Bakım Kuramına kullanılarak veri toplamak, bakımı planlamak ve değerlendirmek ve hastanın öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM: 71 yaşındaki erkek hasta lise mezunu, evli ve serbest meslek sahibidir. Hastanın öyküsünde geçirilmiş serebrovasküler olay (SVO), 13 yıldır diabetes mellitus (DM) ve 10 yıldır hipertansiyon (HT) tanısı bulunmaktadır. Sigara, alkol kullanmamaktadır. Mart 2024 tarihinde SVO geçirmesi sonucu dış merkeze başvuran hastaya Yapılan tetkikler sonucunda bilateral internal karotis arterde tama yakın darlık vardır. Karotis endarterektomi ameliyatı yapılmış ve ameliyat sonrası dönemde kalp damar cerrahi yoğun bakım ve servisinde takip edilmiştir.

BULGULAR: Sağ karotis endarterektomi sonrası yoğun bakımda takip edilen hastanın bilinci açık, hasta oryante ve koopere olarak izlenmiştir. Hemodinamisi herhangi desteğe ihtiyacı olmadan stabil olarak izlenmekte olup 4 lt/dk nazal oksijen tedavisi uygulanmıştır. Hastanın yoğun bakım ünitesinde iyileşme sürecinin hızlanması, tedaviye uyumun sağlanması için NANDA doğrultusunda öz bakım eksikliği, ağrı, aktivite intoleransı uyku biçiminde bozulma, anksiyete tanıları belirlenmiştir. NIC girişimlerinden yararlanılarak etkinliği değerlendirilmiş, hastanın hemodinamisinin her geçen gün iyileşmiş olduğu, ağrısının azaldığı, öz bakımlarını kendi yapabildiği oksijensiz olarak nefes aldığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Olgunun hemşirelik bakımının amacı; yapabileceği ölçüde kendine bakım aktivitelerinin sağlanması, uyku örüntüsünün korunması, hareketin sağlanması, beden imajının güçlendirilmesi, aile sürecinin sürdürülmesine yardım etmektir. Bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik geliştirilen Orem' in Öz Bakım Kuramı' na ne göre verilen bakım etkili olmuştur.

Anahtar sözcükler: Karotis endarterektomi, hemşirelik, öz bakım, öz bakım eksikliği, orem.

Asistan Bildirileri

[EP-119]

Ayrılmış atriyal septal defekt şemsiyesinin cerrahi tedavisi

Haluk Özceyhan, Özgür Özsoy, Murat Uğur, Hilmi Tokmakoglu

Istanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Servisi, İstanbul

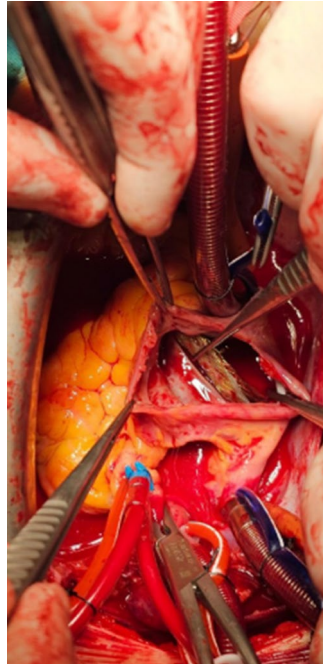
GİRİŞ VE AMAÇ: Atriyal septal defekt (ASD) perkütan tedavisi, cerrahinin getirdiği riskleri azaltması nedeniyle uygun hastalarda her geçen gün daha sık tercih edilmektedir. Perkütan tedaviye uygunluk açısından defekt boyutunun ve kenarlarının belirlenmesi için detaylı ekokardiyografi yapılması önemlidir. Defekt kenarlarında yeterli doku bulunmayan hastalarda işlem sonrasında embolizasyon, sızıntı, dekolman ve migrasyon gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir.

YÖNTEM: 29 yaşında kadın hasta sol kol ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hasta anamnezinde iki ay önce başka bir merkezde perkütan ASD kapatma işlemi uygulandığını belirtiyordu. Yapılan transtorasik ekokardiyografide rezidüel ASD tespit edilmesi üzerine yapılan transözofageal ekokardiyografide şemsiyenin aort kapak komşuluğundaki kenarında ayrılma tespit edildi. Bu bölgede yaklaşık 1 cm çapında ASD mevcuttu. Şemsiyenin dokudan ayrılmış olması, emboli riski ve ASD nedeni ile hastanın ameliyat edilmesine karar verildi.

BULGULAR: Ameliyat sırasında cihazın aort kenarından ayrılarak sağ atriya doğru yer değiştirdiği görüldü (Şekil 1). Cihaz çıkarıldı ve ASD perikardiyal yama ile onarıldı. Hasta ameliyat sonrası 5. günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Atriyal septal defekt tanısı bulunan hastalarda detaylı ekokardiyografi sonrası, hastaya özel tedavi stratejisinin tercih edilmesi önemlidir. Hastaya özgü tedavi yönteminin kalp konseylerinde verilmesi komplikasyonları önlemek için büyük önem taşır. Uygun olmayan boyuttaki cihazlar ve yetersiz rim dokusu, rezidüel ASD için ana risk faktörleridir. Şemsiyenin ayrılması veya yer değiştirmesi durumunda trombüs, embolizasyon, tıkanma ve tromboembolizm riskleri nedeniyle acil ameliyat gerekir. Bu nedenle hastaların ekokardiyografik incelemelerle yakın takibi, komplikasyonların erken tanı ve tedavisi önemlidir.

Anahtar sözcükler: Atrial septal defekt, septal tıkaçıcı.



Şekil 1. Ayrılmış atriyal septal defekt şemsiyesi.

Doktor Bildirileri - Kalp Yetmezliği, Transplantasyon ve Mekanik Destek Sistemleri

[EP-120]

Sol torakotomi ile sol ventrikül destek cihazı uygulanan hastalarda bronşiyal bloker kullanımı

Murat Aksun¹, Senem Girgin¹, Semih Karanfil¹, Sevinç Güven¹, Serkan Yazman², Bortecin Eygi², Hasan Iner², Ali Gürbüz²

¹Izmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

²Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırması Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Sol ventrikül destek cihazı (LVAD) implantasyonu yaygın olarak median sternotomi (MS) yaklaşımıyla gerçekleştirilmektedir. Fakat daha önce sternotomi geçirmiş hastalarda tekrar MS uygulaması genellikle zorluklar içeren yüksek riskli bir prosedürdür. Bunlar arasında kanama, kalp odacıklarının ve büyük damarların yaralanması, yapışıklık nedeniyle cerrahi olarak erişim zorluğu ve uzamış ameliyat süresi sayılabilir. Bu hastalarda torakotomi ile LVAD uygulaması bu riskleri azaltabilmektedir. Torakotomi sırasında ise, cerrahi görüş alanını iyileştirmek amacıyla tek akciğer ventilasyonu sık uygulanan bir seçenektir.

YÖNTEM: Son dönem kalp yetmezliği olan, daha önce koroner arter baypas greftleme (KABG) ameliyatı geçirmiş, sol torakotomi yöntemiyle LVAD yerleştirilmesi sırasında bronşiyal bloker uygulanan iki olguyu sunmayı amaçladık.

BULGULAR: 12 ve 17 yıl önce KABG geçirmiş (sırasıyla 56 ve 63 yaş erkek) ve son dönem kalp yetmezliği tanısı olan (Intermacs-3) hastalar ameliyata alındı. Rutin anestezi indüksiyonu gerçekleştirildikten sonra akciğer izolasyonunu sağlamak için fiberoptik bronkoskopi eşliğinde sol bronşiyal bloker uygulandı. Sol torakotomi yöntemiyle, femoral ven ve arter kanülasyonu ile pompaya girildi. Out-flow kanülü desendan aortaya yerleştirildi. Volütravmayı sınırlamak için pompa öncesi ve pompa sırasında koruyucu mekanik ventilasyon gerçekleştirildi (Çift akciğer için 6-8 mL/kg, tek akciğer için 4 mL/kg). Perioperatif ve ameliyat sonrası kan gazı parametrelerinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Sorunsuz geçen cerrahiler sonrası her iki hasta da ameliyat sonrası 4-6 saatte ekstübe edildi. Herhangi bir solunumsal komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Re-do cerrahi geçiren hastalarda torakotomi ile LVAD uygulanması sırasında bronşiyal bloker kullanımının, cerrahi için iyi bir görüş alanı sağlaması, hastaların hızlı iyileşmesi, kardiyopulmoner baypas sırasında mekanik ventilasyona devam edilebilmesi, hastaların cerrahi sonrasında yoğun bakım sürecinde tüp değişimine gerek kalmadan mekanik ventilatöre bağlanabilmesi gibi nedenlerle yararlı olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: Bloker, bronşiyal, LVAD, torakotomi.

Doktor Bildirileri - Diğer bildiriler

[EP-121]

Sol ventrikül destek cihazı uygulanan hastanın merle Mishel'in hastalıkta belirsizlik kuramına göre bakımı: Olgu sunumu

Sıla Senem Dilek, Hülya Karaer, Esin Yargül, Hakkı Tankut Akay

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Kalp yetmezliği (KY) tedavisinde uygun organ sağlanması sürecindeki olumsuzluklar, gecikmeler nedeniyle sol ventriküle mekanik destek sağlayan cihazların kullanımı giderek önem kazanmaktadır. Kalp yetmezliği prognozunun öngörülemez olması, tedavi sürecinin zor olması nedeniyle hastalarda belirsizliğe sebep olmaktadır. Belirsizlik stres faktörü olarak kaygı, endişeye yol açar, tedaviye uyumu zorlaştırır. Bu olgu sunumu sol ventrikül cihazı uygulanan, ameliyatı sonrası takip edilen hastanın Merley Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na göre veri toplamak, bakımı planlamak, uygulamak ve değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM: 25 yaşındaki erkek hasta lise mezunu, bekar. Hasta 12 yaşında yaşadığı ilde nefes darlığı, kilo alamama ve ödem nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Kalp yetmezliği şüphesiyle ileri tetkik amacıyla hastanemize başvurmuştur. Yapılan tetkiklerde kalp yetmezliği tanısı almış ve kalp transplantasyonu için nakil sırasına alınmıştır. Hasta 24 yaşında genel durumunun kötüleşmesi hospitalizasyon sürecinin uzaması nedeniyle sol ventrikül cihazı uygulanmıştır.

BULGULAR: Hasta sol ventrikül cihazı uygulaması sonrasında yoğun bakımda sedatize, entübe olarak ile izlenmiştir. Hasta 4. günde ekstübe edilmiştir. Hastanın solunumu ameliyat sonrası 4. günden itibaren optilow % 100 O² tedavisi ve sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) ile, 7. günden itibaren ise nazal 15 lt/ dk'dan desteklenmiştir. Belirlenen tanılar bilgi eksikliği, karar verme yetisinde bozulma, bireysel yetersizlik, başa çıkma, aile süreçlerinin sürekliliğinin bozulması, konforda bozulma, uyku düzeninde bozulma, aktivite intoleransı, yorgunluk, anksiyetedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Olguda stres faktörleri ile ilişkili sol ventriküler destek cihazı ve hastanın hastalığı tespit edildi. Uygulanan girişimler hastada uygun başa çıkma stratejileri geliştirilmiş, hastanın belirsizliği azalmış ve etkili bir adaptasyon süreci gözlemlenmiştir. Çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış hastalık algısı, sosyal destek kaynakları ve anksiyete ölçekler kullanılarak bu kuram kullanılması önerilir. Ayrıca, aile üyelerinin veya bakıcıların eğitim sürecine dahil edilmesi sürecide durumu destekleyecektir.

Anahtar sözcükler: Kalp yetersizliği, sol ventrikül destek cihazı, hemşirelik kuramı, belirsizlik.

Doktor Bildirileri - Diğer Bildiriler

[EP-122]

Açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda kinezyofobi ile fiziksel performans arasındaki ilişkinin incelenmesi

Funda Sırakaya¹, Ebru Calik Kutukcu², Ahmet Aydın¹, Mustafa Yılmaz¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Kinezyofobi, ağrılı yaralanma veya yeniden yaralanmaya karşı savunmasızlık hissinden kaynaklanan aşırı, irrasyonel ve zayıflatıcı fiziksel hareket ve aktivite korkusu olarak tanımlanmaktadır. Kaçınma davranışı, akut yaralanmaya doğal bir tepki olarak gelişebilmektedir. Anjinayı tetikleyeceğini düşünerek egzersiz korkusuyla başedemeyen hastalar genellikle uzun süreli fiziksel aktiviteden kaçınmaya meyillilerdir. Hareket korkusunun fiziksel aktivitelerdeki kısıtlamalarla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir ve yapılan çalışmalar kalp ile ilgili sorunları olan hastalarda kinezyofobinin ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Literatürde kinezyofobiyi inceleyen çalışmalar yer almakla beraber, kalp cerrahilerinde kinezyofobiyi inceleyen yeterince çalışma yoktur. Amaç açık kalp cerrahilerinde kinezyofobi ile fiziksel performans ve ağrı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

YÖNTEM: Çalışmaya açık kalp cerrahisi geçiren 18-75 arasındaki hastalar dahil edilmiştir. Kinezyofobiyi değerlendirmek için Tampa Kinezyofobi Kalp Ölçeği (4 puanlık Likert puanlaması) kullanılmıştır. Kişi 17-68 arasında total bir skor almaktadır. Ölçekte kişinin aldığı puanın yüksek oluşu kinezyofobisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Fiziksel performans için kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklarda sıklıkla kullanılan bir test olan Kısa Fiziksel Performans Bataryası kullanılmıştır. Bu batarya günlük yaşam aktivitelerini taklit ederek gövde fonksiyonunu değerlendiren üç objektif testten oluşur: 4 metre yürüme, sandalyeden kalkma ve denge testi. Değerlendirmeler ameliyat sonrası dönemde hastalar serviste yatarken yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya kardiyak cerrahi geçiren 20 hasta dahil edildi (E=12,K=8,Y=59.3±7.93). Kinezyofobi ile fiziksel performans ($r=0,475$, $p=0,035$) ve ağrı ($r=0,580$, $p=0,008$) arasında anlamlı ilişki bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kalp cerrahisi geçiren hastalarda kinezyofobi ile fiziksel performans ve ağrı arasında ilişki olduğu görülmüştür. Kinezyofobi arttıkça fiziksel performansta azalma görülmektedir. Özellikle ameliyat öncesi dönemde verilecek hasta eğitimi ile hareket korkusunu azaltılıp fiziksel performans arttırılabilir. Ağrıyı azaltmaya yönelik yapılacak müdahaleler ile kinezyofobi etkisi daha düşük seviyelere getirilebilir.

Anahtar sözcükler: Kinezyofobi, kalp cerrahisi, fiziksel aktivite.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-123]

Sol anterior toraktomi ve fibrilasyon ile sol ventrikül apikal pseudoanevrizma tamiri

Murat Kadan, Veli Can Ozdemir, Alihan Baştan, Gökhan Arslan, Kubilay Karabacak

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırması Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Sol ventrikül psödoanevrizmaları popülasyonda nadir görülmekle beraber tedavi edilmediğinde yüksek rüptür riski nedeniyle yüksek morbidite ve moratite ile seyreden bir durumdur. Bu olgu sunumunda 4 ay önce dış merkezde mitral valv in valv işlemi uygulandıktan sonra gelişen sol ventrikül pseudoanevrizması gelişen ve perikardiyosentez sırasında pigtail kateterin anevrizma kesesini rüptüre etmesi nedeniyle 58 yaşında kadın hastanın acil olarak başarılı şekilde ameliyat edilmesi sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Miral kapak valv-in-valv işlemi sonrası dispne ile acil servise başvuran hastada yapılan ekokardiyografide perikardiyal efüzyon ve sol ventrikül apaksinin hipokinetik olması üzerine hastaya kardioloji kliniğinde perikardiyosentez uygulanmış fakat perikardiyosentez mayisinden pulsatil kanama olması üzerine kliniğimize danışıldı. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde sol ventrikül apeksinde ~1,5 cm'lik defektin olduğu bu defektten perikardiyal mesafeye kontrast madde ekstrevasasyonu mevcut olduğu sol ventrikül psödoanevrizma boyutunun 10X7 cm olduğu ve kesenin içinde pigtail kateter görülmesi üzerine hasta acil olarak ameliyata alındı.

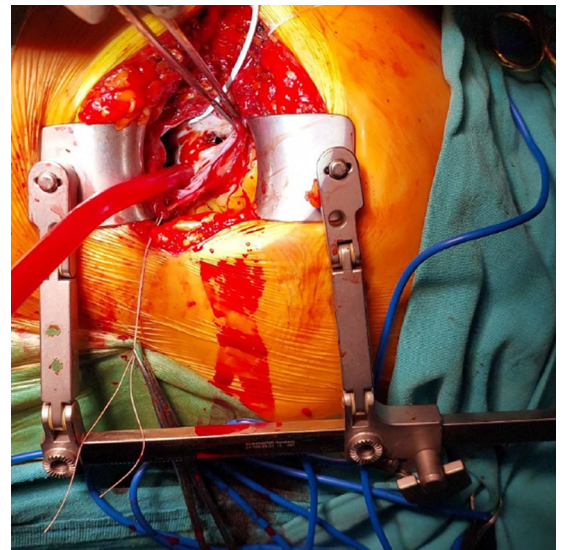
BULGULAR: Hastanın sol 4. interkostal aralıktan anterior torakotomi ile sol toraks boşluğuna girildi. Perikart açıldı. Sol ventrikül üzerinde ki psödoanevrizma kesesi görüldü, kontrollü olarak diseke edildi. Kalp fibrilatör yardımıyla fibrile edildi. Ardınan psödoanevrizmaya neden olan defekt Teflon felt yardımıyla 3/0 prolen sutur ile sirküler şekilde dikilerek kapatıldı. Hasta defibrile edildi. Hasta problemsiz ameliyat sonrası period sonrası altıncı günde taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuç olarak, iyatrojenik sol ventrikül psödoanevrizmasının mortalite oranı yüksek olmakla birlikte acil cerrahi tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Ameliyat öncesi değerlendirmenin sadece transtorasik ekokardiyografi ile sınırlandırılması daha kötü komplikasyonlara yol açabilecek işlemlerin uygulanmasına sebep olabilmektedir

Anahtar sözcükler: Asödoanevrizma, sol ventrikül enevrizması, TAVI, fibrilasyon, sol anterior torakotomi.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide pigtail kateterinin sol ventrikül psödoanevrizmasının içinde olduğu görülmüştür.



Şekil 2. Sol ventrikül pseudoanevrizmasının açılması sonrası sol ventriküldeki defekt ve bu defekte giren pigtail kateterin görünümü.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-124]

Sol atriyal apendiks anevrizması onarımı: Olgu sunumu

Kenan Öztürker, Eylem Tunçer

Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

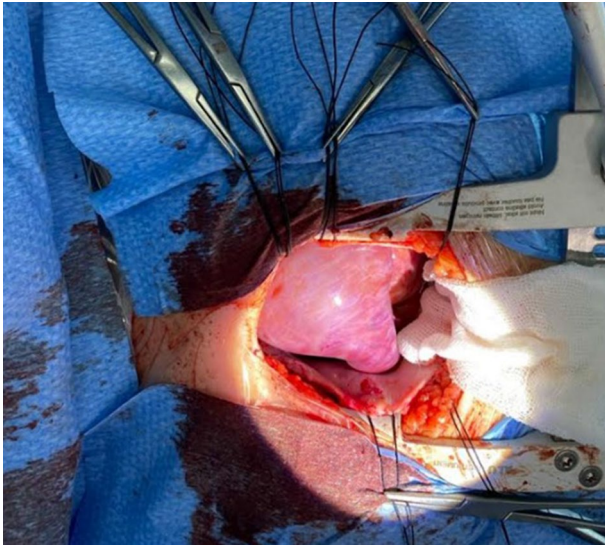
GİRİŞ VE AMAÇ: Konjenital sol atrial apendiks (LAA) anevrizması çok nadir görülen bir patolojidir. Genellikle asemptomatik olsa da aritmiye, sistemik emboliye sebep olabilecek trombüs oluşumuna zemin hazırladığı için tespit edildiğinde cerrahi olarak düzeltilmelidir. Kliniğimizde sol atriyal apendiks anevrizması nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kliniğimizde ek kardiyak patoloji olmaksızın sol atriyal apendiks anevrizması nedeniyle ameliyat edilen hastayı vaka bildirisi olarak sunmayı amaçladık.

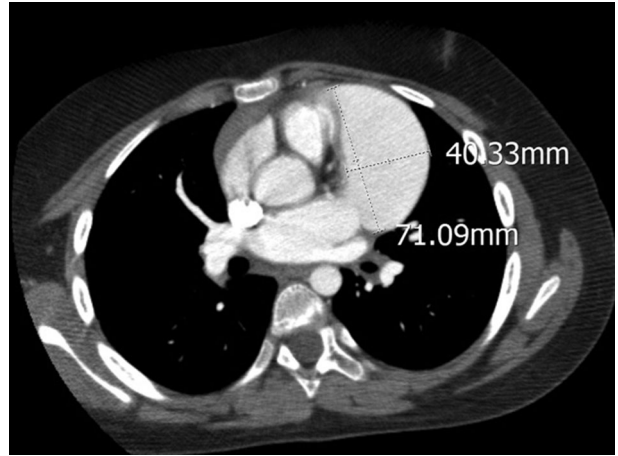
BULGULAR: Rutin tarama esnasında çekilmiş akciğer grafisinde kardiyomegali görünümü saptanan 7 yaşında kız hasta pediatrik kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmiş ve yapılan ekokardiyografide 7x4x4 cm büyüklüğünde sol atriyal apendiks anevrizması saptanmış. Başka kardiyak patolojisi olmayan ve tamamen asemptomatik olan hasta için cerrahi tedavi planlanmış. Median sternotomi yaklaşımı ile kardiyopulmoner baypasa gerek duyulmadan LAA anevrizma eksizyonu uygulanan hasta ameliyat masasında ekstübe edilip ameliyat sonrası 4. günde sağlıklı taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Konjenital LAA anevrizması asemptomatik olması nedeniyle çocukluk çağında çok nadirdir. Tedavi edilmemiş hastalar genellikle ikinci veya üçüncü dekatta çarpıntı şikâyeti sonrası tanı alırlar. Atrial fibrilasyona ve sistemik emboliye sebep olabilir. Aritmi olmasa bile hastaların %30'unda cerrahi sırasında apendiks içerisinde trombüs olduğu görülmüştür. Bu nedenle asemptomatik hastalarda da tanı sonrası erken cerrahi tedavi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Sol atriyum, konjenital, atrial apendiks anevrizması, kalp.



Şekil 1. Perioperatif görüntü.



Şekil 2. Tomografi görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-125]

Pulmoner bant sonrası candida endokarditi: Nadir iki olgu

Kenan Öztürker, Eylem Tunçer

Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Pulmoner banding ameliyatı fonksiyonel tek ventiküllü hastalarda, geniş veya çoklu ventriküler septal defekt (VSD)'i olan hastalarda ve komplet atrioventriküler septal defekt (AVSD)'i olan hastalarda palyasyon amaçlı uygulanan bir cerrahidir. Pulmoner arter akımının azaltılarak distal pulmoner vasküler alanda hipertansiyon gelişmesinin önlenmesi ve sistemik dolaşıma yönlendirilen kan akımının artırılması amaçlanmaktadır. Pulmoner bantlama sonrası pulmoner arterde oluşan türbülant akıma bağlı olarak pulmoner kapak üzerinde enfektif endokardit, ana pulmoner arterde veya pulmoner arter dallarında vejetasyon ender olarak bildirilmektedir.

YÖNTEM: Kliniğimizde daha önce komplet AVSD ve geniş VSD nedeniyle pulmoner banding yapılmış iki hastada gelişen Candida endokarditi tanılı hastalara tedavi yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

BULGULAR: Geniş VSD ve komplet AVSD tanılı iki hastanın da pulmoner bant sonrası enfeksiyon bulguları nedeniyle hastane başvurusunda alınan kan kültürlerinde Candida üremesi saptanmış. Yapılan ekokardiyografik incelemelerde bir hastada pulmoner arterde psödoanevrizma, bir hastada pulmoner kapak üzerinde vejetasyon görülmüş. Antifungal tedavi ile birlikte ameliyata alınan hastalara altta yatan patolojiler için tam düzeltme ile birlikte cerrahi enfektif endokardit tedavisi de uygulanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yenidoğan döneminde palyasyon olarak pulmoner bantlama ameliyatı yapılmış iki infant hastada pulmoner bant sonrası pulmoner arterde oluşan türbülant akıma bağlı endotel hasarı ve enfektif endokardit geliştiğini düşündük. Her iki hastada da uygun medikal tedavi sonrası altta yatan patolojiyi de tam düzeltecek şekilde cerrahi uyguladık. Ameliyat sonrası dönemde de antifungal tedavi gerekli süre boyunca devam ettirildi ve her iki hasta da sağlıklı taburcu oldu.

Anahtar sözcükler: AVSD, atriyoventriküler septal defekt, enfektif endokardit, candida, pulmoner banding.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-126]

Takayasu arterit'li bir hastada "Aorto-bikarotid-sağ subklavian baypas" cerrahisi

Şahin Şahinalp

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

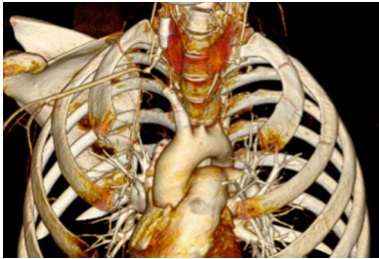
GİRİŞ VE AMAÇ: Takayasu arterit'i özellikle genç kadınlarda görülen enflamatuar bir arteriopatidir. Hastalığın ileri evrelerinde karotis ve vertebral sistem tutulumuna bağlı ciddi serebral iskemik tablosu ile karşımıza çıkabilmektedir. Biz; son beş yıl içerisinde tanı konulup, hızla progrese olan ve her iki karotis ve vertebral arter oklüzyonlarına tekrarlayan stent ve trombektomi uygulanmış genç, kadın bir hastaya 'Aorto-bikarotid-sağ subklavian arter baypas uygulamasını ve ameliyat sonrası semptomlardaki dramatik gelişmeleri sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Median sternotomi ile asendan aort ve her iki ana karotis arter arası 14/7 mm Dacron Y greft yardımı ile aorto-bikarotid baypas yapıldı. Sonrasında greft üzerine yeni bir 7 mm düz greft kullanılarak sağ subklavian arter baypas gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası 24 saat süre ile sedatize edilip tansiyon regülasyonu sağlandıktan sonra ekstübe edildi.

BULGULAR: Ameliyat öncesi sadece yatar pozisyonda bilinç açık durabilen ve oturur pozisyona getirildiğinde epileptik atak ile bilici kapanan hastada ameliyat sonrası 1 günden itibaren oturur pozisyona getirilebildi ve ameliyat sonrası 3. günde destekli de olsa mobilize olmaya başladı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Serebral sistem iskemisi ile seyreden Takayasu arteritinde her ne kadar kanama ve inme gibi komplikasyon riski yüksek olsa da cerrahi baypas seçeneklerinin aklıda tutulması ve bazen tek seçenek olabileceği unutulmamalıdır.

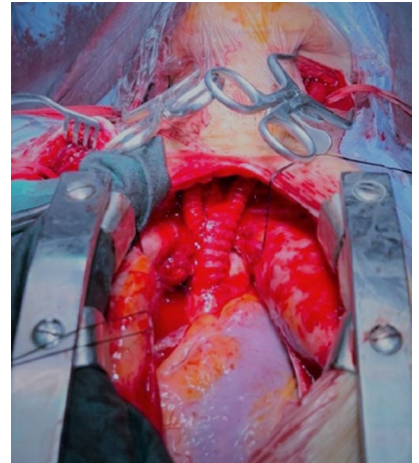
Anahtar sözcükler: Takayasu arteriti, aorto-karotis baypas.



Şekil 1. BT anjiyo görüntüleme.



Şekil 2. İnsizyon belgeleri.



Şekil 3. Ameliyat sırası görüntüleme.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-127]

Travmatik geniş iliak fistülde endovasküler tedavi

Mevlüt Kobuk

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Ameliyathanesi Birimi, Balıkesir

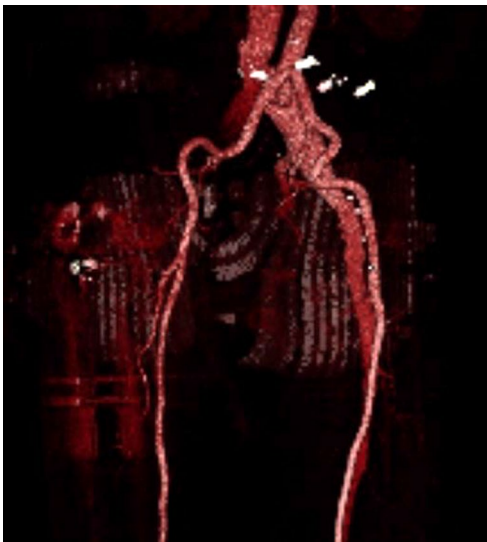
GİRİŞ VE AMAÇ: İliyak bifurkasyonda geniş arteriyovenöz fistülü olan hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi yapıldı. Cerrahi tamiri çok yüksek riskli ve zor olan fistülü endovasküler yöntemlerle kapattık.

YÖNTEM: 58 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol bacakta sağa göre çevre farkı, taşikardi, hipertansiyon, karaciğer enzim yüksekliği ile başvurdu. Hastanın öyküsünde bir yıl önce sağ femoral arterden koroner anjiyografi sonrası sol bacakta şişme buna istinaden dış merkezde fistül kapama amacıyla sol femoral artere ekplorasyon öyküsü vardı. Bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde sol iliak ven geniş olarak femoral bölgeden vena kavaya kadar dolum göstermekteydi. Bilgisayarlı tomografi anjiyografide fistül yeri tam olarak tespit edilemediğinden periferik anjiyografide tespitine ve endovasküler olarak kapatılmasına karar verildi. İşlemden önce sağ femoral arterden giriş yapılarak görüntüleme yapıldı ancak geniş fistülden dolayı kalbin hiperdinamik olması görüntülemeyi olanaksız hale getirmekteydi. Diagnostik kateterle bifurkasyona ilerlenip verildiğinde vena cavada olduğumuz tespit ettik. Traseye uygun kılavuz tel ile yeniden ilerlenerek önceden ölçümünü yaptığımız stent grefti implante ettik. Kontrol görüntülemeye iliak arterleri biraz daha görünür hale getirsek de stentin fistülü tam kapatmaması sebebiyle görüntüleme başarısızlıkla sonuçlandı. Bu sebeple daha ilk grefti PTA balonu ile inferiora çekerek proksimale 12x100mm self expandable stentgreft uyguladık. Bu işlemde iliak arterle görünür hale geldi.

BULGULAR: Hasta 1. ayda kontrole geldiğinde sol bacakta çevre farkının normale döndüğü, AST-ALT yüksekliğinin normal sınırlara gerilediği, taşikardisinin normal sınırlara döndüğü görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Proksimal arterlerdeki geniş fistüller kalbin yükünü artırarak kalp yetmezliğine, sağ kalp yüklenme bulgularına, dvt semptomlarına neden olmaktadır. Bunların tedavisinde cerrahi çok riskli bir hal almaktadır. Endovasküler girişimler bu tür fistül kapama işlemleri için en iyi tedavilerdir.

Anahtar sözcükler: Travmatik, AV fistül, iliak, endovasküler.



Şekil 1. Hastanın ilk BT anjiyografisinde sol iliak ven, femoral bölgeden vena kava inferiora kadar doluş görülmektedir.



Şekil 2. Bu olgudaki en büyük zorluk hiperdinamik kalp ve çok geniş fistül nedeniyle başarılı görüntülemenin infüzyon pompasıyla verilmesine rağmen sağlanamamış olmasıdır. Sağ iliak arterden sol iliak vene olan travmatik AV fistül stent greft ile kapatıldı.

Asistan Bildirileri

[EP-128]

Minimal invaziv KABG ve median sternotomi ile KABG yapılan hastalarda klinik deneyimimiz

Uzeyir Tapdıglı, İlhan Gölbaşı, Cengiz Türkay, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Son dönemlerde mini koroner arter baypas greftleme (KABG) bir çok nedenlerden dolayı uygun kriterlere sahip hastalarda daha çok tercih edilmeye başlanmıştır. Kliniğimiz tarafından son dönemlerde yapılan mini KABG ve median sternotomi ile yapılan KABG hastalarında morbidite ve mortalite açısından ameliyat sonrası karşılaştırılacaktır.

YÖNTEM: Bu çalışmada ameliyat sonrası dönemde 20'si median sternotomi, 20'si minimal invaziv KABG yapılan toplam 40 hastada belli kriterler çalışılacaktır. Bunlara ameliyat sonrası aritmi, ameliyat sonrası eksplorasyon, ekstübasyon süresi, ilk 24 saatteki idrar miktarı ve drenaj miktarı karşılaştırılacaktır.

BULGULAR: Mini KABG yapılan 20 hastadan 5 hasta ameliyat sonrası birinci gününde ekstübe olmuş, diğer 15 hasta ameliyat sonrası sıfırıncı gününde ekstübe olmuş, ameliyat sonrası ilk 24 saatte minimum drenaj miktarı 150 ml, maksimum drenaj miktarı ise 975 ml, idrar miktarı ise minimum 1570 ml, maksimum 4260 ml olmuştur. Bu hastalardan sadece iki hastada ameliyat sonrası dönemde tekrar ameliyat gerçekleşmiştir, üç hastada ise ameliyat sonrası dönemde atriyal fibrilasyon gelişmiştir. Median sternotomi yapılan iki hasta ameliyat sonrası birinci gününde ekstübe olmuştur, ilk 24 saatte minimum drenaj miktarı 200 ml, maksimum drenaj miktarı ise 1300 ml olmuştur, ilk 24 saat idrar miktarı minimum 1150 ml, maksimum 4170 ml olmuştur. Hastaların hiç birisinde ameliyat sonrası dönemde tekrar ameliyat gerçekleşmemiştir. Toplam üç hastada ameliyat sonrası dönemde atrial fibrilasyon gelişmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İstatistik verileri sunumda yayımlanacaktır.

Anahtar sözcükler: KABG, tamponad, aritmi.

Asistan Bildirileri

[EP-129]

Redo MVR sonrası ciddi paravalvüler kaçak nedeniyle perkütan kapama yapılan hastanın tekrar ameliyatı: Olgu sunumu

Ugur Gurcun, Fatih Sezgin, Mehmet Boğa, Kenan Kahya

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Aydın

GİRİŞ VE AMAÇ: Cerrahi kapak replasmanı sonrası mitral kapakta paravalvüler kaçak %5-15 arasında görülür. Protez kapakta ileri paravalvüler kaçak durumunda geleneksel tedavi yöntemi açık cerrahi olmakla birlikte, perkütan kapatma yöntemleri de bulunmaktadır. Redo mekanik mitral kapak replasmanı (MVR) sonrası ciddi paravalvüler kaçak gelişen hastada yüksek cerrahi risk nedeniyle öncelikle perkütan kapatma yöntemi uygulanmıştır. Ancak ciddi paravalvüler kaçağın devam etmesi ve hemoliz gelişmesi üzerine tekrar ameliyat yapılan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 43 yaşındaki erkek hasta romatizmal kapak hastalığı nedeniyle 14 yıl önce mekanik aort kapak replasmanı ve altı ay önce MVR ameliyatı geçirmiştir. İlk üç aylık sorunsuz dönem sonrası pnömoni nedeniyle dış merkezde takip edilirken dekompanse kalp yetmezliği gelişmesi üzerine yapılan eko-kardiyografide paravalvüler kaçak tespit edilmiş ve takipte klinik durumu düzelmeyen hastaya ameliyat sonrası 4. ayda perkütan kapatma uygulanmıştır. Ancak şikayetleri devam eden ve üniversitemiz Kardiyoloji kliniğine başvuran hastada tekrar ciddi mitral paravalvüler kaçak ve hemoliz saptanması üzerine hastaya cerrahi tedavi planlanmıştır.

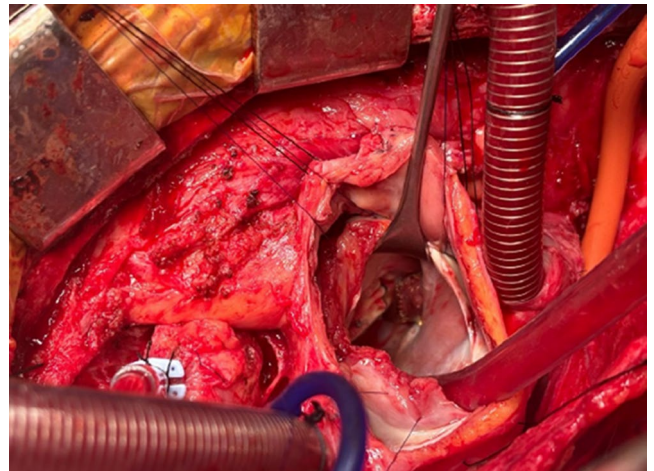
BULGULAR: Hasta ameliyata alındı. Daha önceki iki ameliyata bağlı ciddi yapışıklıklar giderildikten sonra aort ve bi-kaval kanülasyon yapılarak kardiyopulmoner baypasa girildi. 28 dereceye soğutuldu ve antegrad soğuk kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandı. Transseptal yaklaşımla protez mitral kapak eksplore edildi. Anülüste anterolateral komissür tarafında ve anterior anülüs posteromedial komissür komşuluğunda iki yerde perkütan kapama cihazları ve her iki cihaz komşuluğunda ciddi anüler ayrılma olduğu gözlemlendi. Protez mitral kapak ve kapama cihazları eksize edilerek 29 mm mekanik mitral kapak yerleştirildi. Ameliyat sonrası dönemi olağan seyretti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Redo cerrahilerde morbidite ve mortalite ciddi oranda artmaktadır. Cerrahi tedavinin artan riskleri nedeniyle perkütan tedaviler denenmekte ancak cerrahi tedavi halen önemini korumaktadır.

Anahtar sözcükler: Mitral kapak replasmanı, paravalvüler kaçak, redo kapak cerrahisi.



Şekil 1. Eksize edilen materyaller.



Şekil 2. Ameliyat sırası protez mitral kapak ve perkütan kapatma cihazı.

Asistan Bildirileri

[EP-130]

İlginç bir perikardit olgusu

Muhammet B. Cavlak, Ali Demiray, Yalçın Günerhan, Serkan Yildirim, Omer Tanyeli, Yüksel Dereli, Erdal Ege, Niyazi Görmüş

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Konya

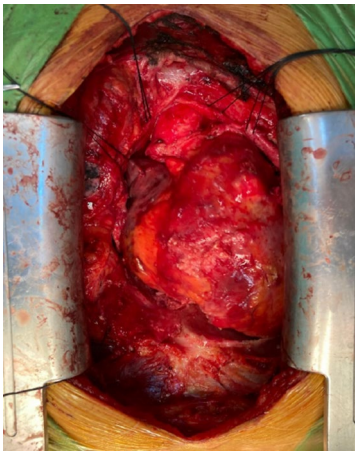
GİRİŞ VE AMAÇ: Konstriktif perikardit enfeksiyon, üremi, hemodiyaliz-bağımlı kronik böbrek yetmezliği, neoplastik hastalık, radyoterapi, bağ doku hastalıkları gibi enflamatuvar sebeplere bağlı olarak, parietal-viseral perikart yapraklarının birbirine yapışması, skarlaşması, elastikiyetini kaybetmesi sonucu oluşan klinik tablodur. Perikardiyal sertleşme diyastolde ventriküllerin genişlemesini engelleyerek ventriküler doluşu bozar. Bu yazıda tüberküloz (Tbc) öyküsü bulunan, konstriktif perikardit nedeni ile ameliyat ettiğimiz bir olgumuzdan bahsetmek istedik.

YÖNTEM: Göğüs ağrısı, dispne ve öksürük şikayetleri olan 47 yaş kadın hasta kliniğimize artan çarpıntı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde Tbc ve astım tanısı bulunmaktaydı. Hasta inhaler dışında medikal tedavi almıyordu. Fizik muayenesinde kalp seslerinin azaldığı ve juguler venlerde belirgin dolgunluğu saptandı. Akciğer grafisinde çadır kalp imajı izlendi. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) ejeksiyon fraksiyonu (EF) %60 olup, Grade 3 diyastolik yetmezlikle uyumlu dolum hızları, septal bouncing, perikart kalınlıkları artmış izlendi. Hastaya perikardiyektomi ameliyatı yapılması planlandı.

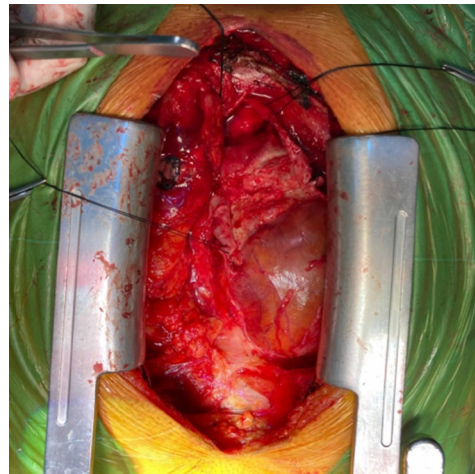
BULGULAR: Median sternotomi sonrasında perikardın ciddi derecede yapışık-kalsifiye olduğu izlendi. Perikart yaprakları arası anterior yüzden açıldı. Kazeifikasyon nekrozuna benzer şekilde loküle jelimsi sıvı izlendi. Örnekler alınıp patoloji ve mikrobiyolojiye gönderildi. Sonrasında sağ ventrikül, sağ atriyum ve sol ventrikül dikkatlice serbestlendi. Perikart anterior yüzü total çıkarılarak ameliyat komplikasyonsuz sonlandırıldı. Hasta ameliyat sonrası dördüncü saatte ekstübe edildi, birinci günde servise devredildi. Drenlerinden takibi boyunca totalde 300cc drenajı oldu. Ameliyat sonrası üçüncü günde taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Son dönemlerde ülkemizde tüberküloz vakaları tüm dünya ile birlikte artış göstermektedir. Tbc tanısı almış hastaların tedavi süreci uzun ve ilaç uyumları kötüdür. Artan göç oranları da göz önüne alındığında ileride ülkemizin sağlık sistemini ciddi olarak tehdit eden, komplikasyonları mortal seyreden bu hastalığın tedavisi yeniden ele alınarak düzenlenmeli, tüm süreç boyunca tedavi sıkı kontrol edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Konstriktif, perikardit, tüberküloz.



Şekil 1. Olgunun anterior perikart total eksize edildikten sonra alınan intraop görüntüsü.



Şekil 2. Olgunun sol ventrikül serbestlenince alınan intraop görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-131]

Kronik venöz yetmezlik nedeniyle cerrahi müdahale geçiren hastalarda, Türkçe'ye uyarlanmış CIVIQ-20 anketi ile fonksiyonel durum değerlendirmesi

Muhammet Safa Yiğit, Ömer Bayezid, Cengiz Türkay, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışma, Kronik Venöz Hastalık Kalite Yaşam Anketi'nin (CIVIQ-20) kronik venöz hastalık (KVH) hastaları için yaşam kalitesi (QoL) aracı olarak psikometrik doğrulamasını yapmıştır.

YÖNTEM: 18 yaş ve üzeri, CEAP evreleri C 0'stan C 6'ya kadar olan KVH hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Tanı, kalp damar cerrahisi klinisyenleri tarafından KVH belirtileri ve alt ekstremitelerin görsel muayenesi ile konulmuştur. Yaşam kalitesi, hastalara uygulanan CIVIQ-20 ile değerlendirilmiştir. CIVIQ-20'nin güvenirlik, yapısal geçerlik ve örtüşen geçerliliği ile CEAP C evrelerine göre KVH hastalarının kalite yaşamı değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya tamamen CIVIQ-20'yi dolduran 560 katılımcı dahil edilmiştir. CIVIQ-20, yüksek derecede güvenirlik, yapısal geçerlilik ve örtüşen geçerlilik göstermiştir, ancak üç boyutunun (ağrı [P], fiziksel [PHY] ve psikolojik [PSY]) yapısı optimal olmaktan uzaktır. Yaş, vücut kitle indeksi ve KVH belirtileri sayısı düzeltilerek yapılan analizde, CIVIQ-20 genel, P, PHY ve PSY skorlarının CEAP C 0'stan C 6'ya kadar ilerleyici bir şekilde azaldığı görülmüştür. Bu farklılıklar her iki cinsiyette de mevcuttur. Yaşam kalitesinde ilerleyici bozulma öncelikle ağrı ve fiziksel maddeleri kapsamaktadır. Tüm CEAP evrelerinde P ve PHY skorları PSY skorlarından daha düşüktür. Erkekler ve kadınlar için global skorlar şu şekildedir: C0 için 76,7 ve 73,9; C1 için 75,5 ve 70,6; C2 için 67,8 ve 64,5; C3 için 68,3 ve 61,6; C4 için 60,7 ve 54,6; C5 için 49,5 ve 50,2; ve C6 için 41,3 ve 46,7.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Alt ekstremitelerdeki KVH, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir; fiziksel kalite yaşam unsurları (P ve PHY maddeleri) daha belirgin bir öneme sahiptir. CIVIQ-20, KVH hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmede değerli bir araçtır. İki boyutunun istikrarını doğrulamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: CEAP, CIVIQ-20, EVLA, EVRF, kronik venöz hastalık.

Tablo 1. CEAP evrelerine göre global yaşam kalitesi skorları

Kategori	Erkek (Global Skor)	Kadın (Global Skor)	Post-hoc Fark
C0	76.7	73.9	-
C1	75.5	70.6	p < 0.05
C2	67.8	64.5	p < 0.01
C3	68.3	61.6	p < 0.01
C4	60.7	54.6	p < 0.001
C5	49.5	50.2	p < 0.001
C6	41.3	46.7	p < 0.001

Asistan Bildirileri

[EP-132]

LVAD outflow greft enfeksiyonu

Bengi Polen Gündoğdu, Ömer Bayezid, Cengiz Turkey, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

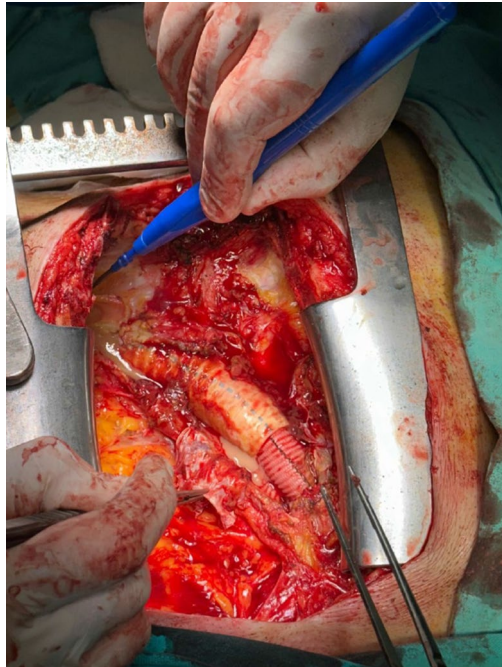
GİRİŞ VE AMAÇ: 23.2.2023 tarihinde dilate kardiyomiyopati nedeniyle son dönem kalp yetmezliği hastasına sol ventrikül destek cihazı (LVAD) ameliyatı yapılmıştır. Hasta tarafımıza tekrarlayan yüksek ateş ve akut faz reaktanlarında artış nedeniyle başvurdu. Yapılan tetkiklerinde akut faz reaktanlarında da artış saptanan hasta servis takibine alınmış olup antibiyoterapi başlanmış ve kültürleri alınmıştır. antibiyoterapi sonrası, steril kan kültürleri görünmesi üzerine hasta taburcu edilmiştir ancak benzer şikayetlerle hastaneye başvurmaya devam etmiştir. Hastaya yapılan pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET-CT) görüntülemesinde LVAD outflow grefti etrafında enfekte görünüm lehine değerlendirilmesi üzerine hastaya tekrar ameliyat planlanmıştır. Hastanın outflow grefti değişmiştir.

YÖNTEM: Hastada femoral kanülasyon ile kardiyopulmoner baypas (KPB)'a geçildi. Sternotomi sonrası LVAD outflow kanul bölgesinden yoğun pürülan materyal görüldü. İntraop pü kültürü alındı. Outflow grefti çevresinde pü temizlendi. Outflow grefti değiştirildi. Kanama kontrolünün altından bir adet mediasten ve bir adet toraks dreni konuldu. Katlar anatomiye uygun kapatıldı.

BULGULAR: Hastanın intraop alınan kültür örneğinde psödomonas üredi. Hasta ameliyat sonrası üremesine uygun antibiyoterapi aldıktan sonra ameliyat sonrası 28. günde reçetesi düzenlenerek taburcu edildi. Hastanın tekrar enfeksiyon kliniği ile yatışı olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Tekrarlayan enfeksiyon bulguları ile başvuran LVAD'lı hastalarda greft enfeksiyonuna yönelik tetkiklerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: LVAD, enfeksiyon, outflow.



Şekil 1. Outflow grefti etrafında pü görünümü.

Doktor Bildirileri - Kalp Yetmezliği, Transplantasyon ve Mekanik Destek Sistemleri

[EP-133]

Right ventricular wall late-TERM perforation with implantable cardioverter-defibrillator lead

Ebubekir Sonmez, Furkan Çelik, Saad Naddaf, Abdurrahim Colak

Department of Cardiovascular Surgery, Atatürk University Faculty of Medicine, Erzurum

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Ventricular free wall rupture due to a lead perforation is one of the serious complications associated an implanted cardioverter defibrillator (ICD). Perforation typically happens soon after implantation; instances that happen more than a month later are thought to be uncommon. This case report details a late-stage ICD lead perforation that happened three months after the device was implanted.

METHOD: The patient, a 77-year-old male, had an ICD implanted via the left subclavian vein in our hospital after receiving cardiopulmonary resuscitation for ventricular tachycardia. Following the procedure, the patient was discharged without any problem. The patient was admitted to the hospital with chest pain and syncope a three months later. Short-term ventricular tachycardia attacks were monitored, hemodynamics were assessed, and the patient was followed up in the hospital

RESULTS: Previously inserted ICD check was done. Ventricular arrhythmias persisted in spite of this. The ECHO showed no effusion. CT imaging was performed because there was a suspicious image on the PA radiograph (Figure 1 A). The CT showed that the ICD lead was in the pericardium (Figure 1 B). Emergency surgery was planned. A lead was seen protruding from the ventricular apex into the pericardium (Figure 1C). After the lead was placed into the ventricle, the ventricle was repaired. Five days later, the patient was discharged with recovery.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Although endocardial lead perforation of the ventricle is a rarely observed complication in cardiac resynchronization therapy it can lead to sudden cardiac death. This situation urgent cardiac surgery should be planned and performed.

Keywords: ICD lead, ventricle perforation.

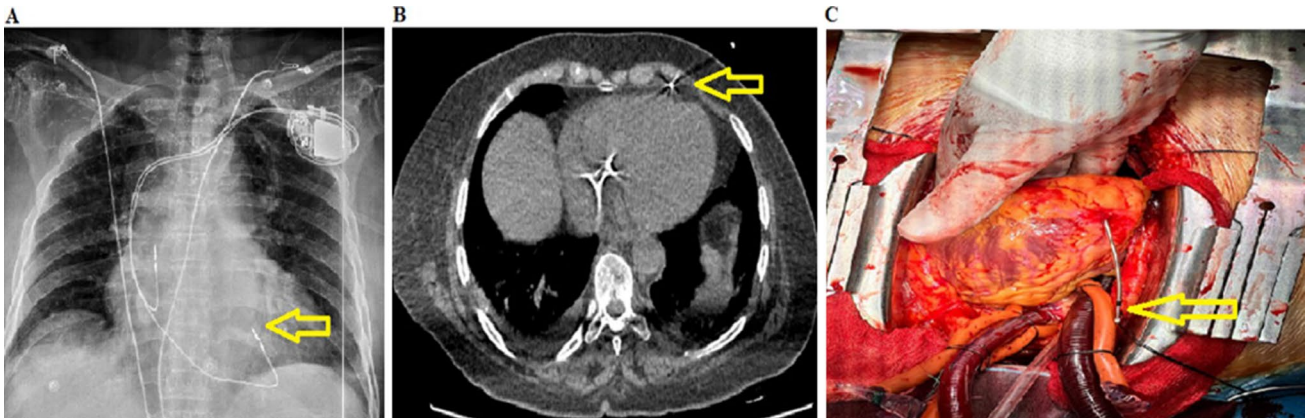


Figure 1. (a) Suspicious PA radiograph for extraventricular lead. **(b)** On CT, the ICD lead was seen in the pericardium. **(c)** The place where the ICD lead exited the ventricle was seen.

Asistan Bildirileri

[EP-134]

Aort diseksiyonu ve asendan aort replasmanı yapılan hastalarda klinik deneyimimiz

Bengi Polen Gündoğdu, Ömer Bayezid, Cengiz Turkey, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Aort diseksiyonu, intramural hematoma ve aterosklerotik penetran ülserin de içinde olduğu akut aort sendromlarından biri olup, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır.

YÖNTEM: Bu çalışmada 2023-2024 yıllarında asendan aort diseksiyonu ve anevrizmatik asendan aortu olan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Acil ve elektif ameliyat edilen olgular olmak üzere iki grupta değerlendirme yapılmıştır.

BULGULAR: Hastaların yaşının ortanca değeri 58 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada katılımcılarının %13,6'sını kadınlar oluşturmuştur. Cinsiyet ile mortalite arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Hastaların tekrar ameliyat olma durumu ile mortalite arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların elektif ya da acil cerrahi geçirmesi ile mortalite arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların drenaj miktarı, taburculuk süresi, yaşı ve mortalite arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların platelet ve lökosit değerleri ile mortalite arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Hastaların ameliyat öncesi platelet ve lökosit değerleri ile cerrahi tipi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; lökosit miktarı ile cerrahi tipi arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Cinsiyet ile mortalite ilişkisi değerlendirildiğinde kadın cinsiyet mortalite açısından daha riskli saptanmıştır. Bu; çalışmamızda kadın hasta sayısının az olmasından kaynaklanan bir anlamlılık olabilir. Tekrar ameliyat geçiren hastalar geçirmeyenlere kıyasla mortalite açısından daha riskli bulunmuştur. Bu da daha kötü prognozlu hastaların tekrar ameliyat olmasından kaynaklanan bir durum olduğu düşünülmüştür. İleri yaş mortalite açısından genellikle daha riskli bulunmakla birlikte çalışmamızda anlamlı bir fark saptanmamıştır ancak anlamlılık sınır değerine yakındır. Lökosit miktarı acil cerrahi yapılan hastalarda daha yüksektir, bu bilgi akut aort diseksiyonunda lökosit yükselmesini gösteren bazı literatür bilgisi ile uyumludur. Aort diseksiyonu yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır.

Anahtar sözcükler: Diseksiyon, asendan aort replasmanı.

Tablo 1. Hastaların geçirdiği cerrahi türünün, cinsiyetin, tekrar ameliyat olma ve SVO geçirme durumunun mortalite ile ilişkisi

	Mortalite yok Sayı (Yüzde)	Mortalite var Sayı (Yüzde)	P değeri
Cerrahi			0,684
Acil	16 (%43,2)	4 (%57,1)	
Elektif	21 (%56,8)	3 (%42,9)	
SVO			0,307
Geçirenler	5 (%13,5)	2 (%28,6)	
Geçirmeyenler	32 (%86,5)	5 (%71,4)	
Reoperasyon			0,01
Geçirenler	1 (%2,7)	3 (%42,9)	
Geçirmeyenler	36 (%97,3)	4 (%57,1)	
Cinsiyet			0,042
Kadın	3 (%8,1)	3 (%42,9)	
Erkek	34 (%91,9)	4 (%57,1)	

Anlamlı olan p değerleri koyu renkli olarak gösterilmiştir.

Tablo 2. Lökosit ve platelet değerlerinin cerrahi tipi ile incelenmesi

	Acil Cerrahi Med (Min- Maks)	Elektif Cerrahi Med (Min- Maks)	P değeri
Platelet	204.000 (126.000-333.000)	216.000 (76.000-333.000)	0,655
Lökosit	10820 (5760-24090)	7140 (4390-15740)	0,001

Anlamlı olan p değerleri koyu renkli olarak gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastaların yaşı, taburculuk süresi ve drenaj miktarlarının mortalite ile ilişkisi

	Mortalite yok Med (Min- Maks)	Mortalite var Med (Min- Maks)	P değeri
Drenaj Miktarı 	400 (125-2350)	72 (45-92)	0,13
Taburculuk Süresi	11 (5-25)	8 (2-45)	0,076
Yaş	57 (28-76)	72 (45-92)	0,051

Asistan Bildirileri

[EP-135]

Son bir yıl içinde kliniğimizde açık kalp ameliyatı geçiren ve kardiyak tamponad gelişen hastaların serum sodyum (Na) düzeylerinin değerlendirilmesi

Muhammet Safa Yiğit, Ömer Bayezid, Cengiz Turkey, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

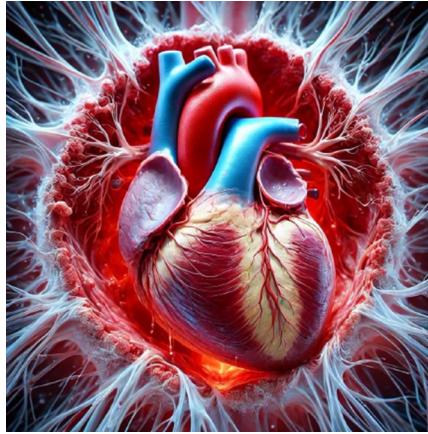
GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, son bir yıl içinde kliniğimizde açık kalp ameliyatı geçiren ve kardiyak tamponad gelişen hastaların serum sodyum (Na) düzeylerini karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Ameliyat öncesi dönemde böbrek fonksiyon testleri normal sınırlar içinde olan ve hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası laboratuvar verilerine ulaşılabilen hastalar çalışma kapsamına alınmıştır. Kardiyak tamponad teşhisi, ameliyat sırası değerlendirmede cerrah tarafından konulmuştur.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların serum Na düzeyleri, ameliyat sonrası 0. gün ve kardiyak tamponad nedeniyle tekrar ameliyat öncesindeki günlerde ölçülmüştür. Veriler yaş, cinsiyet, ana ameliyat türü ve mortalite kriterleri açısından analiz edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Perikardiyal effüzyon, perikardiyal boşlukta sıvı birikimi ile karakterize edilen ve çeşitli kardiyovasküler ve sistemik komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur. Bu komplikasyonlardan biri, düşük serum sodyum seviyeleri ile tanımlanan hiponatremidir. Analizler, perikardiyal effüzyon ile serum sodyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, hemodinamik değişiklikler ve böbrek fonksiyonlarındaki değişikliklerin hiponatremi üzerindeki etkileri belirgin bulunmuştur. Regresyon analizleri, perikardiyal effüzyonun hiponatremi üzerindeki etkisini doğrulamış ve bu etkilerin klinik önemini vurgulamıştır.

Anahtar sözcükler: Hiponatremi, kardiyak tamponad, perikardiyal effüzyon.



Şekil 1. Görsel.

Tablo 1. Kardiyak tamponad gelişen hastaların serum Na düzeyleri (n=22)

Kategori	Preoperatif Na (mmol/L)	Postoperatif 0. Gün Na (mmol/L)	Reoperasyon Öncesi Na (mmol/L)
Ortalama	140 ± 2	138 ± 3	130 ± 5
Düşük Na (<135 mmol/L)	%0	%10	%60
Yaş Ortalaması (Yıl)	55	-	-
Kadın/Erkek Oranı	9/13	-	-
Mortalite (%)	%9	-	-

Diğer Bildiriler

[EP-136]

Subareolar kesi ile yapılan kalp cerrahisi olgularında ideal meme pozisyonu nasıl olmalıdır

Aysun Soysal, Rüzgar Ön

GATA Ankara Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Minimal invaziv kalp cerrahisi uygulamalarında sağ torakotomi ile yapılan yaklaşımlarda, uygun olgularda subareolar kesi ile toraks boşluğuna ulaşım oldukça estetik bir yöntem olarak son zamanlarda seçili merkezlerde başarı ile uygulanmaktadır. Bu yazımızda bu yöntem uygulanacak olan hastalardaki ideal meme pozisyonu nasıl olmalıdır sorusuna yanıt aradık.

YÖNTEM: Subareolar kesi yapılacak olan memenin ideal pozisyonu yapılacak olan cerrahi türüne göre değişiklik göstermektedir. Sağ atriya yönelik olan işlemlerde torakotomi girişi kısmen anteriordan olması gerektiği için meme daha mediale, sol atriya yapılacak olan işlemlerde ise daha laterale deviye edilmelidir. Bununla birlikte meme, nötral pozisyonunda tutulmalı ve bu pozisyonun tespit edilebilmesi için, drape yardımı ile tespit edilmelidir. Betadine ile yapılan steril boyama işlemi areola sınırını belirsiz hale getirebildiği için boyamadan önce areola etrafının cilt kalem ile işaretlenmesi faydalı olacaktır. Subareolar cilt insizyonu kliniğimizde koter ile yapıldığı için bu bölge drape ile kapatılmamalıdır.

BULGULAR: Subareolar kesi yapılacak olan memenin ideal pozisyonu yapılacak olan cerrahi türüne göre değişiklik göstermektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Minimal invaziv kalp cerrahisinde kozmetik amaçlı olarak skar oluşumunu en aza indiren subareolar kesiler, uygun hastalarda rutin olarak uygulanabilmektedir. Bununla birlikte hastanın boyanması ver örtülmesi esnasında uygulanması gereken hemşirelik basamakları, cerrahi ekspozürün ve dolayısı ile ameliyatın başarısında oldukça önemli bir yer tutmaktadır.

Anahtar sözcükler: Subareolar kesi, minimal invaziv kalp cerrahisi.

Doktor Bildirileri - Diğer Bildiriler

[EP-137]

Dünya genelinde perfüzyon eğitimi ile Türkiye'deki uygulamalar arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ece Dereagzi

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Perfüzyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Perfüzyonistlerin eğitimi, kardiyovasküler cerrahi ve yoğun bakım alanlarında hayati öneme sahiptir. Dünya genelinde perfüzyon eğitimi ve sertifikasyon süreçleri ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, bu da mesleki standartların ve uygulamaların çeşitlilik arz etmesine neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki perfüzyon eğitimini uluslararası uygulamalarla karşılaştırarak mevcut farklılıkları ve benzerlikleri belirlemek ve Türkiye'deki eğitimin geliştirilebilir yönlerini ortaya koymaktır.

YÖNTEM: Literatür taraması ve uluslararası perfüzyon eğitim programlarının incelenmesi yoluyla nitel bir analiz gerçekleştirilmiştir. Eğitim seviyesi ve süresi, akreditasyon, sertifikasyon, müfredat içerikleri, klinik uygulamalar, sürekli eğitim ve uluslararası işbirlikleri gibi temel başlıklar altında Türkiye ile diğer ülkelerin eğitim yapıları karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Türkiye'de perfüzyon eğitimi lisans ve yüksek lisans düzeyinde verilmektedir. Birçok ülkede ise farklı alanlarda lisans mezunlarının lisansüstü düzeyde eğitim alarak perfüzyonistlik yaptığı görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde sürekli eğitim ve sertifikasyon süreçleri mevcuttur. Türkiye'de uluslararası akreditasyonların sınırlı olduğu ve müfredatların güncel teknolojilerle tam olarak entegre olmadığı görülmüştür. Sürekli eğitim ve sertifikasyon yenilemelerinin zorunlu olmaması, klinik uygulama ve simülasyon olanaklarının kısıtlılığı ve uluslararası işbirliklerinin yetersizliği diğer önemli bulgulardır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Türkiye'deki perfüzyon eğitiminin uluslararası standartlarla tam uyumlu olmaması, mesleki yetkinlik ve standartlaşma açısından geliştirilmesi gereken alanların olduğunu göstermektedir. Uluslararası akreditasyonların alınması, müfredatın güncellenmesi ve sürekli eğitimin zorunlu hale getirilmesi önerilmektedir. Bu iyileştirmeler, perfüzyonistlerin uluslararası rekabet edebilirliğini artıracak ve sağlık hizmetlerinin kalitesine olumlu katkılar sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Perfüzyon eğitimi, perfüzyon eğitim standartları.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-138]

Glomus karotikum tümörünü taklit eden servikal vagal schwannoma: Olgu sunumu

Olca Murat Disli, Cihan Yetiş, Barış Akça, Mehmet Emin Murat, Mehmet Cengiz Çolak

Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

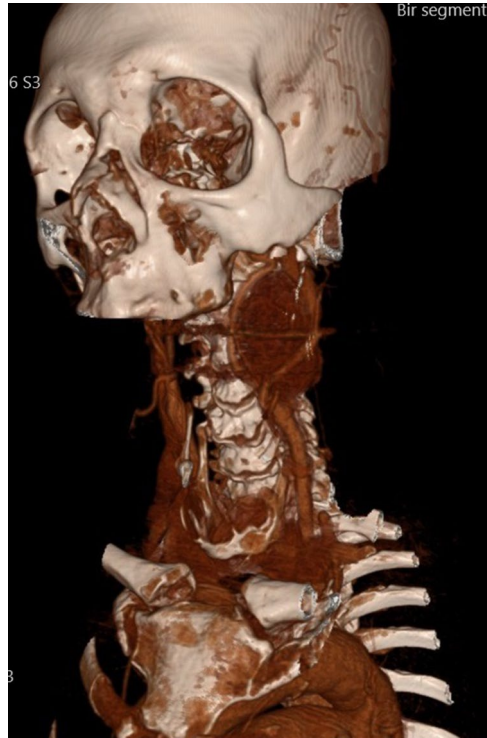
GİRİŞ VE AMAÇ: Schwannomlar, sinir kılıfının miyelin üreten Schwann hücrelerinden kaynaklanan benign neoplazmlardır.

YÖNTEM: Yetmiş beş yaşında erkek hasta sekiz aydır boynunun sol tarafında ağrısız şişlik şikayeti ile başvurdu. Manyetik rezonans görüntülemesinde sol karotis bifurkasyonunda 4.1x2.8x4.7 cm boyutlarında hipervasküler glomus karotikum tümörü ve tuz-biber paterni saptandı.

BULGULAR: Bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) taramasının sonuçları, ağırlıklı olarak eksternal karotis arter tarafından beslenen hipervasküler bir glomus karotikum tümörünün varlığını gösterdi. (Şekil 1) Ayrıca, kitlenin lir işareti olarak bilinen bir fenomenle hem iç hem de dış karotis arterlere uzandığı gözlemlendi. Glomus karotikum tümörü tanısını takiben, hastaya boyun eksplorasyonu yapıldı ve kitlenin vagal sinirden kaynaklandığı ortaya çıktı. Spesmenin histopatolojik incelemesi bunun vagal sinirin schwannomu olduğunu gösterdi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Lir işareti ve tuz-biber işareti glomus tümörleri için karakteristik görüntüleme yöntemleridir, ancak bu tanı için spesifik değildir. Servikal vagal schwannoma, görüntüleme yöntemlerinde glomus karotikum tümörünü taklit edebilen nadir bir nörojenik tümördür. Tanı aşamasında glomus karotikum tümörleri ve schwannomlar arasında bir karışıklık potansiyeli vardır. Vagus sinirinin schwannomları bir ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Glomus karotikum, schwannoma, nervus vagus.



Şekil 1. Hipervasküler glomus karotikum BT anjiyografik görünümü.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-139]

Bentall operasyonu sonrası akut koroner sendrom: Nadir görülen bir komplikasyon olgu sunumu

Melisa Talo, Gozde Tekin, Mehmet Kızılay, Selen Öztürk, Huseyin Uzandi, Süleyman Aycan

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

GİRİŞ VE AMAÇ: Olgu sunumumuzda günümüzde aort kapak yetmezliği ile birlikte olan asendan aort anevrizmalarının ve aort diseksiyonlarının tedavisinde kliniğimizde sıkça uygulanmakta olan Bentall prosedürü sonrası nadir görülen bir komplikasyon olarak akut koroner sendromu ele almayı amaçladık.

YÖNTEM: Bentall prosedürü uygulanan 49 yaşındaki erkek hastada takibinin 5. gününde sol kolda uyuşma, tipik göğüs ağrısı kliniği olması üzerine miyokart enfarktüsünden şüphelenildi ve buna yönelik ileri tetkikler yapıldı.

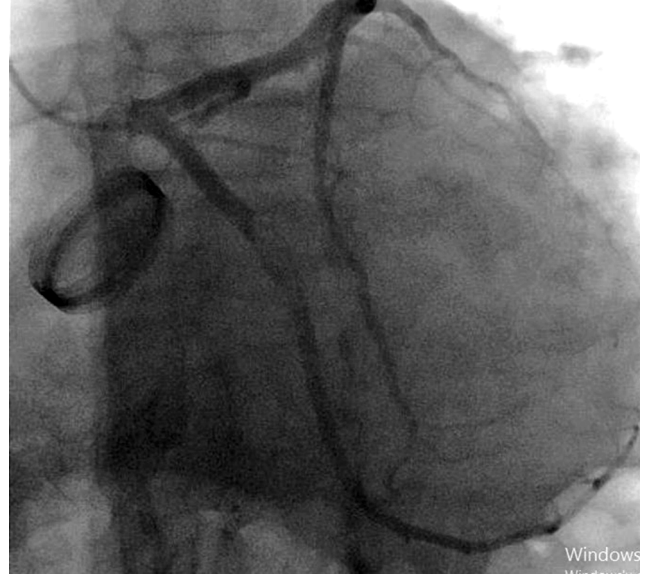
BULGULAR: Bentall operasyonu planı olan hastanın ameliyat öncesi yapılan koroner anjiyosunda lezyon gözlenmemiştir. Ameliyat sonrası hemodinamik olarak stabil seyreden hastanın servis takibinin 5. gününde sol kolda uyuşma ve sıkıştırır tarzda göğüs ağrısı gelişmiş bunun üzerine hastaya elektrokardiyografi (EKG) çekilmiş ve sol dal blok'u saptanmıştır. Hastanın kardiyak biyobelirteçlerine bakıldığında troponin-T değerinin 3000ng/L düzeyinde olduğu saptanmıştır. Hastaya acil sağ radial arterden yapılan koroner anjiyografide Cx-OM1 ayrımında organize trombüse bağlı OM-1 dalının total oklüde olduğu gözlenmiştir. Hastaya trombektomi ve stent işlemi uygulanmıştır. Hastanın işlem sonrası takiplerinde göğüs ağrısı şikayeti olmamış ve troponin-T değeri düşmüştür. Takibinin 19. gününde efektif INR değerine ulaşılan ve genel durumu, iyi vitalleri stabil seyreden hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatürde bentall prosedürü sonrası bioglue kullanımına bağlı olarak iyatrojenik tromboz görülebildiğini gösteren yayınlar mevcuttur. Bentall operasyonu sonrası iyatrojenik trombozun sıklıkla sol ana koroner osteal bölgede gözleendiği saptanmıştır ancak bizim olgumuzda olduğu gibi nadir de olsa trombozun daha distal bölgede de gözlenebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Bentall prosedürü, iyatrojenik tromboz.



Şekil 1. Ameliyat öncesi koroner anjiyografi görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyat sonrası koroner anjiyografi görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları**[EP-140]****Atrial septal defektin pulmoner hipertansiyonlu bir hastada tek yönlü flap yama kullanılarak kapatılması****Ferit Çiçekçioğlu, Murat Koç, Suleyman Surer, Erşah Dogramaci, Mustafa Taflı, Muhammet Emin Yeniekinci***TC. SB. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara*

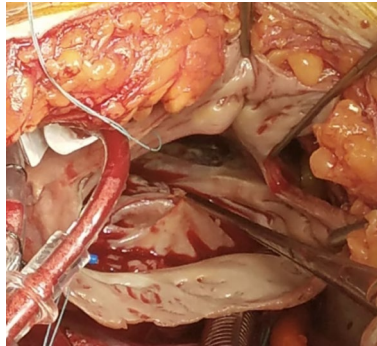
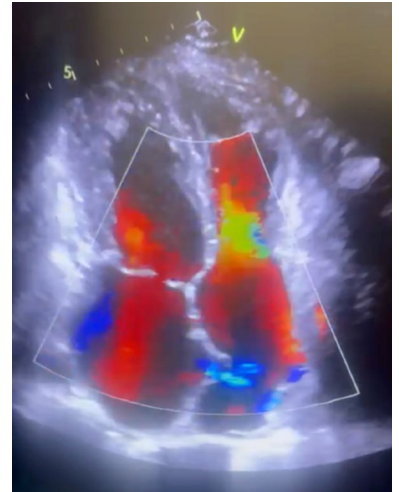
GİRİŞ VE AMAÇ: Gelişmekte olan ülkelerde, atrial septal defekt (ASD) ve pulmoner arter hipertansiyonu (PAH) olan hastaların teşhis ve tedavisinde gecikmeler yaşanması kalp cerrahisinde karşılaşılan önemli problemlerden birisidir. PAH'nın hem ameliyat sonrası erken dönem sonuçları hem de uzun vadeli etkilerini hafifletmek amacıyla, tek yönlü flap yamaların kullanımı ile bu hasta grubunda başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Vaka takdimimizde geç tespit edilen ve PAH gelişmiş ASD hastasının tek yönlü flap yama cerrahi yönetimini sunuyoruz.

YÖNTEM: 43 yaşında kadın hasta, kardioloji kliniği tarafından ASD, orta derecede triküspit yetmezliği ve sağ ventrikül dilatasyonu tanısı ile cerrahi tedavi amaçlı kliniğimize refere edildi. Sağ kalp kateterizasyonunda pulmoner arter basıncı (PAB) 58/21/30 mmHg, Pulmoner vasküler rezistansı (PVR) 3,8 wood-ünite olarak ölçüldü. Oksijen ile yapılan reversibilite testinde hafif PAB düşüşü gözlenen hastaya cerrahi ASD kapatılması kararı alındı. PAH'nın ameliyat sonrası etkilerini hafifletmek ve sağ ventrikül yetmezliğini önlemek amacıyla, 'tek yönlü flap valf' perikardiyal yama kullanılarak ASD onarıldı (Şekil 1, 2). Yamanın merkezinde 0,5 cm'lik bir açıklık oluşturuldu ve buraya yine perikarttan tek yönlü çalışacak şekilde flap kapakçık dikildikten sonra kapakçık sol atriyumda kalacak şekilde perikardiyal yama ile ASD onarıldı.

BULGULAR: Ameliyat sonrası 2. gün ve 3. ayda yapılan transözofageal ekokardiyografi (TEE) incelemesinde, valf üzerinden minimal sağ-sol akım gözlemlendi. Bir yıllık takipte, hasta iyi durumda olup yama üzerinde üzerinden akım gözlenmedi ve ekokardiyografi, sistolik PAB 35 mmHg olarak ölçüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Şiddetli PAH ve artmış PVR'ye sahip ASD vakaları, tek yönlü flap kapakçıklı yama tekniği ile başarılı bir şekilde yönetilebilir. Flap valfi, oluşturulması kolay, maliyeti düşük olup ameliyat sonrası pulmoner hipertansif kriz epizodları sırasında güvenli geçiş sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Atrial septal defekt, pulmoner arteriyel hipertansiyon, erişkin doğumsal kalp hastalıkları.

**Şekil 1.** Tek yönlü flap valfin hazırlanması.**Şekil 2.** Flap kapakçık oluşturulmuş perikart yaması ile ASD'nin onarımı.**Şekil 3.** Ameliyat sonrası 2. ayda tek yönlü flap valfin fonksiyonunu gösteren ekokardiyografik görüntü.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-141]

Kompleks doğumsal kalp hastalığı olan infantlarda fenestrasyonlu Kawashima prosedürü

Dilek Suzan¹, Volkan Yazicioglu¹, İsmail Balaban², Jeyhun Bakhtiyarzada², Özgür Yıldırım¹

¹Yeni Yüzyıl Üniversitesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Yeni Yüzyıl Üniversitesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi Pediatrik Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Kawashima prosedürü (KP), genellikle heterotaksi ile ilişkili tek ventrikül fizyolojisi ve kesintili inferior vena kava (İVK) olan hastalar için önemli bir palyatif tekniktir. Ciddi siyanozu ve kompleks kardiyak anatomisi olan 6 ve 7 aylık iki infant hastada modifiye fenestrasyonlu KP'nin uygulandığı iki başarılı olgu sunulmaktadır.

YÖNTEM: Olgu 1: Büyük arter transpozisyonu (TGA), pulmoner stenoz (PS), geniş ventriküler septal defekt (VSD) ve azygos devamlılığı ve kesintili İVK'si olan altı aylık erkek hasta. Ameliyat, süperior vena kavanın (SVK) sağ pulmoner artere (RPA) anastomozunu ve sağ atriyal apendiks ile RPA arasında 3,5 mm'lik bir fenestrasyon oluşturulmasını içeriyordu. Olgu 2: Dekstrokardi, çift çıkışlı sağ ventrikül (DORV), pulmoner atrezi, bilateral SVK ve kesintili İVK'si olan 7 aylık kız hasta. Ameliyat sağ ve sol SVK'nin ipsilateral pulmoner arterlere anastomozunu ve sol atriyal apendiks ile sol pulmoner arter (LPA) arasında 3,5 mm'lik bir fenestrasyon oluşturulmasını içeriyordu.

BULGULAR: Ameliyat sonrası her iki hastada da oksijen satürasyonunda belirgin yükselme (Olgu 1 için %93 ve Olgu 2 için %89) gözlemlendi ve pulmoner arter basıncı 7-10 mmHg arasında seyretti. Ameliyat sonrası ikinci günde ekstübasyon sağlandı. Fenestrasyon erken kavopulmoner disfonksiyonu azaltmaya yardımcı oldu ve stabil iyileşme gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Modifiye fenestrasyonlu Kawashima prosedürü, özellikle kesintili İVK'si olan kompleks konjenital kalp defektli infant hastalarda pulmoner arteriyovenöz malformasyon (PAVM) olasılığını azaltabilen, kontrollü sağdan sola şanta izin verir. Fenestrasyon, kavopulmoner sistemde aşırı basıncı önleyerek shunt akımını rahatlatan ve özellikle reaktif pulmoner kan damarları olan infantlar için çok önemli olan bir "pop-off" valfi olarak işlev görür. Erken müdahale ve kapsamlı perioperatif bakım, bu yüksek riskli popülasyonda sonuçları iyileştirmek için çok önemlidir.

Anahtar sözcükler: Kawashima procedure, heterotaxy.



Şekil 1. (a) Sol SVC, (b) sol pulmoner arter, (c) atriyal apendiks

Tablo 1. Kawashima operasyonu uygulanan hastaların klinik verileri

Olgu	Yaş (ay)	Boy (cm)	Ağırlık (kg)	BSA (m ²)	CPB (dakika)	Derece (°C)	Ameliyat öncesi satürasyon (%)	Ameliyat sonrası satürasyon (%)
1	6	66	6.7	0.34	87	34	80	93
2	7	63	6.7	0.32	61	32	66	89

Asistan Bildirileri

[EP-142]

Pulmoner endarterektomide Karl Storz endoskopi cihazının kullanımı

Endri Balla, Arif Okay Karslioglu, Denizhan Akpınar, Ecem Tuğba Yamaç, Elshad Mansimzada, Hakkı Tankut Akay, Atila Sezgin, Deniz Sarp Beyazpınar, Bahadır Gultekin

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTEPH), pulmoner embolinin tamamen veya anormal bir şekilde çözülmesi sonucunda, kalan embolilerin organize ve fibrotik hale gelmesiyle karakterize edilen bir hastalıktır. KTEPH tedavisinde sıklıkla tercih edilen yöntemlerden biri pulmoner endarterektomidir (PEA). Karl Storz endoskopi, bu cerrahi işlemin kalitesini artırmak amacıyla kullanılmaktadır

YÖNTEM: Bu endoskop, rijit bir yapıya sahip olup 0° açılı, 30 cm uzunluğunda ve 2 mm genişliğindedir. Distal kısmında entegre bir HD kamera bulunur ve bu kamera bir monitöre bağlıdır, böylece yüksek kaliteli görselleştirme ve görüntü büyütme sağlar. Karl Storz endoskopi ile gerçekleştirilen 14 PEA olgusunda, tüm ameliyatlar komplikasyon olmaksızın başarıyla tamamlanmıştır.

BULGULAR: Genel izlenimler, bu endoskopun pulmoner endarterektomi işlemlerinde önemli bir avantaj sunduğunu göstermektedir. Endoskop, sağ ve sol pulmoner arterlerin segmental ve subsegmental dallarındaki trombüslerin net bir şekilde görüntülenmesini sağlayarak, bu trombüslerin etkili bir şekilde çıkarılmasına yardımcı olmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Cerrahi ekip, Karl Storz endoskopi'nin trombüslerin çıkarılmasındaki rolünü ve PEA tekniğinin eğitim açısından sağladığı katkıyı vurgulamıştır. Bu araç, özellikle trombüslerin çıkarılması sürecinde ve eğitim amaçlı kullanımı açısından yüksek bir önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Pulmoner endarterektomi, Karl Storz endoskopi.



Şekil 1. Pulmoner endarterektomi ameliyatı esnasında Karl Storz endoskop sayesinde pulmoner arter distal kısmına ulaşım ve trombüs çıkarılması görünümünde.

Asistan Bildirileri

[EP-143]

Cerrahi tedavi gerektiren RCA anomali; Malign interarteriyel seyirli RCA

Recep Berat Çiçek, Ahmet Kuyucu, Murat Çanak, Ali Etkay Yıldırım

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

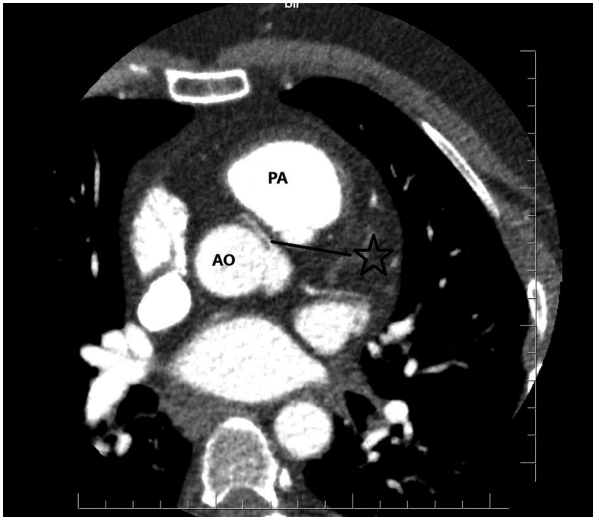
GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner arter anomalileri nadir rastlanan konjenital anatomic varyantlardır. Bu anomalilerin çoğu benign, asemptomatik olmasına karşın miyokard iskemisi ve ani kardiyak ölüme varan klinik durumlara neden olabilirler. Bu olgumuzda sağ koroner arterin sol sinüs Valsalvadan çıktığı aorta ve pulmoner arter arasından seyire bağlı (interarteriyel seyir) efor anjinası olan hastamızı sunmaktayız.

YÖNTEM: Olgumuzun verileri hastane bilgi kayıt sistemi, perfüzyon formları, yoğun bakım ve servis gözlemlerinden elde edilmiştir.

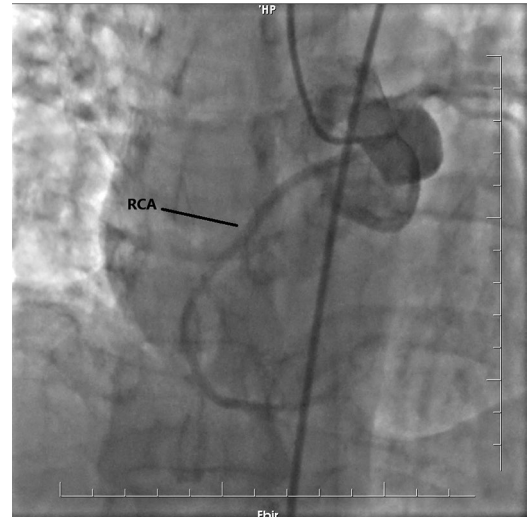
BULGULAR: 52 yaşındaki kadın hasta egzersiz esnasında oluşan göğüs ağrısı şikayeti ile kardiyoloji kliniğine başvurdu. Ejeksiyon fraksiyonu (EF) %65 değerlendirildi, elektrokardiyografi (EKG)'de anterior derivasyonlarda hafif ST depresyonu ve prekordiyal derivasyonlarda T inversiyonu saptandı. CK-MB ve troponin I değerleri normaldi. koroner anjiyografide sol ana koroner arter (LMCA), sol ön inen arter (LAD) plaklı CX normal olarak değerlendirildi. Anjio esnasında sağ koroner ostium direkt olarak izlenemedi. Non-selektif olarak değerlendirildiğinde RCA'nın sol sinüs valsavadan orjin aldığı görüldü. Çok kesitli Koroner bilgisayarlı tomografi (BT)'de sağ koroner arter (RCA)'ın, sol sinüs valsalva anterior duvardan orjin almakta olduğu, pulmoner trunkus ile asendan aorta arasında seyir gösterdiği (malign interarteriyel seyir gösteren RCA çıkış anomali); bu kesim arterin diğer kesimlerine göre ince olduğu, Sağ dominant koroner dolaşım olduğu izlendi. Semptomatik olan hastaya cerrahi planlandı. Median sternotomi ile kardiyopulmoner baypasa girildi. Kross klemp altında sağ ana koroner arter (RIMA)-RCA baypası uygulandı. Kompetisyon ihtimalini ortadan kaldırmak amacıyla RCA proksimal çıkış yerinden ligature edildi. Ameliyat sonrası 5. gün komplikasyonsuz olarak şifa ile taburcu oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Tipik göğüs ağrısı ile gelen genç hastalarda normal EKG bulguları ve normal sınırlarda kardiyak enzim görülse dahi ani kardiyak ölüme sebep olan koroner anomaliler akla gelmeli ve şüphelenilmelidir. Seçili hastalarda koroner BT anjiyografi istemekten çekinmemek gerekmektedir. Malign anomilerde cerrahi tedavi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Koroner anomaliler, malign RCA anomali, koroner arter çıkış anomali.



Şekil 1. Koroner BT anjiyografi görüntüsü; pulmoner arter (PA) ile aorta (AO) arasında seyreden sol sinüs valsavadan çıkış yapan sağ koroner arter (RCA) işaretlenmiştir.



Şekil 2. Koroner anjiyografi görüntüsü; sağ koroner arter (RCA)'nın non-selektif olarak görüntülenmesi; RCA'nın sol sinüs valsavadan çıkış yaptığı görülmektedir.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-144]

Nadir sağ ventrikül yerleşimli adölesan miksoma olgusunun perioperatif yönetimi

Cihan Yetiş, Barış Akça, Olcay Murat Disli, Mehmet Emin Murat, Mehmet Cengiz Colak

Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

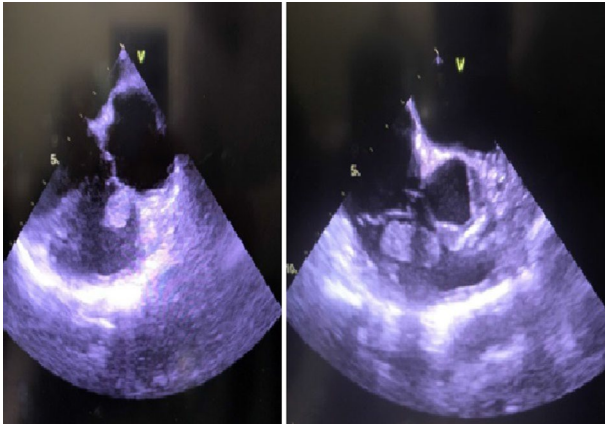
GİRİŞ VE AMAÇ: Miksomalar, primer kardiyak tümörlerin en sık görülen tipi olup, sıklıkla sol atriyumda yer alır. Sağ ventrikül yerleşimi ve adölesan dönemde görülmesi oldukça nadirdir. Klinik bulgular tümörün lokalizasyonu büyüklüğü ve komşuluğuna göre değişebilir. En fazla görülen sporadik form olmakla birlikte familial form nadir olarak bildirilmiştir. Sporadik form tipik yerleşim gösterirken, familial form daha genç yaşla birlikte, atipik yerleşimde ve multipl tümör oluşumu ile karşımıza çıkar. Bu çalışmada nadir sağ ventrikül yerleşimli serbest duvar orijinli triküspit kapak anteroseptal komissüre uzanan miksoma olgusunun yönetimi ve başarılı cerrahi tedavisi sunulmaktadır.

YÖNTEM: 18 yaşında erkek hasta, üç ay önce başlayan eforla olan giderek şiddetlenen nefes darlığı ve çarpıntı yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde TA: 120/75 mmHg, nabız: 78/dk, ateş: 36°C, solunum sayısı: 20/dk, periferik oksijen saturasyonu (SpO2): %97 olarak belirlendi. Dinlemekle solunum sesleri normaldi ve kardiyak muayenesi olağan olarak değerlendirildi.

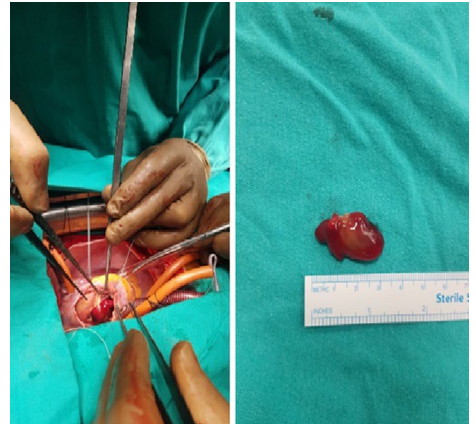
BULGULAR: Hastanın başvurusu sırasındaki TELE ve elektrokardiyogramında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemeleri ve arteriyel kan gazı parametreleri normaldi. Transtorasik ve transözofageal ekokardiyografide triküspit kapak altında sağ ventrikül duvarına yapışık ince pediküllü 18x12 mm çapında kitle izlendi. Torakoabdominal bilgisayarlı tomografi sonuçları normaldi. Hasta ameliyata alınarak median sternotomi yapıldı. Aorto-bikaval kanülasyon yapılarak kross klemp konulmasını takiben sağ atriyotomi ile triküspit kapağın altına lokalize yaklaşık 2x1.5 cm miksoma ile uyumlu kitle çıkarılarak köken aldığı alan geniş koterize edildi. Yoğun bakım ve servis takipleri sorunsuz olan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Adölesan çağda semptomatik intrakaviter kalp tümörü ile karşılaşıldığında, yerleşim yeri atipik olsa bile miksomalar mutlaka düşünülmelidir. Sağ kalp tümörlerin cerrahi tedavisinde venöz kanülasyon sorunlarının olabileceği unutulmamalı ve bu durum ameliyat öncesi planlamada dikkate alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Miksoma, adölesan, sağ ventrikül.



Şekil 1. Sağ ventrikül yerleşimli miksoma ekokardiyografi görüntüleri.



Şekil 2. Sağ ventrikül yerleşimli miksoma ameliyatı sırasında görüntüleri.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-145]

Multivisseral tutulumlu adölesan kist hidatik olgusunda sol ventrikül apeks yerleşimli kistin yönetimi ve başarılı cerrahi tedavisi

Cihan Yetiş, Barış Akça, Olcay Murat Disli, Cebraail Özbulut, Mehmet Cengiz Colak

Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ VE AMAÇ: Ülkemizde endemik olan kist hidatik sıklıkla multivisseral tutulum göstermekle birlikte kardiyak yerleşimi nadirdir. Kardiyak tutulum sıklıkla sol ventrikül serbest duvarı ve interventriküler septumda görülür. Kistin lokalizasyonu ve boyutuna bağlı olarak iskemi, rüptür, tamponad ve aritmi gibi ölümcül komplikasyonlara neden olabilir. Olgumuzda karın ağrısı şikâyeti ile başvuran multivisseral tutulumlu adölesan hastanın yönetimi sunulmaktadır.

YÖNTEM: 18 yaşında erkek hasta bir haftadır devam eden karın ağrısı şikâyeti ile pediatri kliniğine başvurusuyla yapılan Abdomen ultrasonografi (USG)'de multipl karaciğer hidatik kist tespit edilmesi üzerine hastanemize yönlendirilmiş.

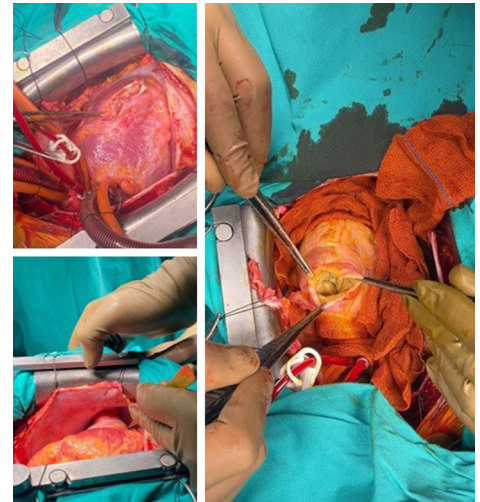
BULGULAR: Fizik muayenede TA:110/60 mmHg, nabız 72/dk, kalp sesleri ve elektrokardiyografi (EKG) normal, CRP: 0,79 mg/dl ölçüldü. Telekardiyogramda sol ventrikül apeksinde ve akciğerlerde multipl kistik yapılar mevcuttu. Ekokardiyografisinde sol ventrikül apekte perikard komşuluğunda 3 cm çaplı intramiyokardiyal kist hidatik ile uyumlu görünüm mevcuttu. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde karaciğer ve akciğerde multipl ve sol ventrikül apekte lokalize bir adet kist hidatik izlendi. Beyin BT normaldi. Enfeksiyon hastalıkları, pediatrik kardiyoloji ve gastroenteroloji ile yapılan konseyde rüptür riski nedeniyle öncelikli kardiyak cerrahi kararı verilerek ameliyata alındı. Median sternotomiye takiben kardiyopulmoner baypas altında sol ventrikül apeksindeki hidatik kist hipertonic tuzlu su enjeksiyonu ile sterilize edildikten sonra çıkartıldı. Kavite boşluk bırakılmadan, plikasyon uygulanarak kapatıldı. Ameliyat sonrası takip sorunsuzdu. Albendazol tedavisinin devamına karar verilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kist hidatiğin her organı tutabileceği unutulmamalı ve multidisipliner yaklaşımla diğer tüm sistemler de tetkik edilmelidir. Karaciğer ya da akciğerde kist hidatiğe rastlanmış ise kardiyak semptom olmasa bile noninvazif bir yöntem olan Ekokardiyografi ile kardiyak değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, adölesan, sol ventrikül.



Şekil 1. Kist hidatik multi visseral tutulum radyolojik görüntüleri.



Şekil 2. Kist hidatik sol ventrikül yerleşimi ameliyat sırası görüntüleri.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-146]

Kronik miyeloid lösemi tanılı hastada koroner arter baypas greftleme prosedürü

Mehmet Kalender, Durmuş Alper Görür, Can Atak, Hüseyin Şaşkın

T.C. S.B Kocaeli Şehir Hastanesi, İzmit, Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ: Kronik miyeloid lösemi (KML) tanılı hastaların beklenen ömürlerinin uzaması ile kardiyovasküler hastalıkla yüzleşme oranları artmıştır. Ayrıca KML tedavisinde kullanılan ilaçların kardiyovasküler yan etkiler oluşturduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Bunun sonucu olarak literatürde KML hastaları arasında en sık ölüm sebebinin koroner arter hastalığı olduğuna dair raporlar mevcuttur.

YÖNTEM: 72 yaşında erkek hasta ST yükselmesi olmayan miyokart infarktüsü (NSTEMI)] tanısı ile yapılan koroner anjiyografide koroner arter hastalığı (KAH) tanısı aldı. Koroner arter baypas greftleme (KABG) için Kalp ve Damar Cerrahisi servisine alındı. Ameliyat öncesi hazırlık aşamasında WBC: 53920, Lyph%: %90,6 HTC: %37,3 olarak tespit edildi. Transtorasik ekokardiyografide hafif azalmış sol ventrikul fonksiyonu (EF %50) dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya KABG×5 uygulandı. Takibinde ameliyat sonrası 3. aya kadar bir sorun olmayan hasta 3. ayda ikili antiagregan tedavisi altında iken sağ alt ekstremitede yüzeysel tromboflebit gelişti. Antikoagulan ve antibiyotik tedavisi sonrası ek sorunu olmadı.

BULGULAR: Preop WBC 53590,

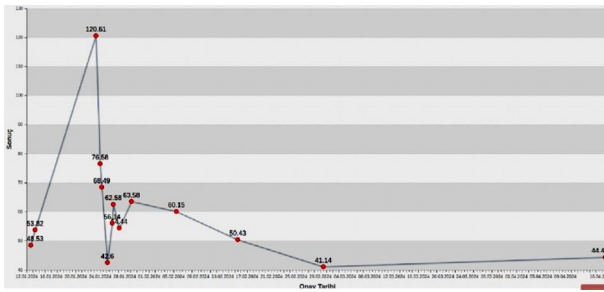
Ameliyat sonrası 1. gün WBC 58280

Ameliyat sonrası 2. gün WBC 133750

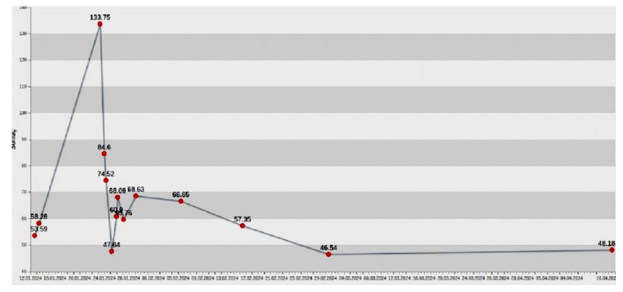
Ameliyat sonrası 3. gy alt ekstremitede yüzeysel tromboflebit gelişti

TARTIŞMA VE SONUÇ: Koroner arter hastalığı tanısı alan hastalarda gerek perkütan koroner girişim (PCI) gerekse KABG güvenli şekilde uygulanabilir. Bu hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde kan sayımı yakından takip etmek enfeksiyon ve işleme sekonder inflamatuvar yanıtı ayırmak açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: KML, KABG, tyrosine kinase inhibitor.



Şekil 1. Lenfosit yüzdesi.



Şekil 2. Ameliyat öncesi WBC count.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-147]

İzmir'de yeni bir başlangıç: İzmir Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği deneyimi

Habib Cakir¹, Haydar Yaşa¹, İsmail Yürekli², Mine Tavlı Yılmaz², Ebru Bal², Suat Şenkaya², Özbek Oğuz², Enes Doğukan Sözbilici², Okay Güven Karaca², İhsan Peker², Orhan Gokalp²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı; İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²T.C. S.B İzmir Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu bildirimizde yeni kurulan İzmir Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi kliniğinin 10 aylık elektif ameliyat sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kasım 2023-Ağustos 2024 tarihleri arasında ameliyat edilen hastalar incelendi. 218 hastaya koroner arter baypas greft cerrahisi (KABG) ameliyatı yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 63,6 (min-max=27-83) idi. Dört hastaya Bentall prosedürü, sekiz hastaya Wheat prosedürü, altı hastaya izole asendan aort anevrizması ameliyatı, 12 hastaya izole aort kapak replasmanı (AVR), iki hastaya AVR+CABG ameliyatı, 12 hastaya mitral kapak replasmanı (MVR), bir hastaya AVR+MVR, beş hastaya MVR+Triküspit ring annüloplasti, iki hastaya atrial septal defekt kapama ameliyatı, üç hastaya atriyal miksoma ameliyatı uygulandı. Yedi hasta (5'i KABG, 1'i AVR+KABG, 1'i wheat prosedürü) kanama kontrolü açısından revizyona alındı. Üç hastaya debranching+torasik endovasküler anevrizma tamiri (TEVAR) uygulandı. 10 hastaya abdominal endovasküler anevrizma tamiri (EVAR), iki hastaya TEVAR uygulandı. Bir hastaya hem EVAR hem de TEVAR uygulandı. 11 hastaya aorta bifemoral baypas, 14 hastaya femoropopliteal baypas, 33 hastaya karotis endarterektomi, iki hastaya glomus tümörü, 117 hastaya varis ameliyatı uygulandı.

BULGULAR: İzole KABG ameliyatı yapılan grupta üç hasta exitus oldu (mortalite %1.3). Aortabifemoral yapılan grupta bir hasta ameliyat sonrası miyokart enfarktüsü nedeni ile exitus oldu. Tüm hasta grubumuzda majör nörolojik komplikasyon saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İzmir Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği yeni kurulan bir klinik. Kalp yetmezliği cerrahisi hariç tüm güncel cerrahi modaliteleri uygulanmaktadır. Son iki ayda hibrit ameliyathanenin açılması ile endovasküler cerrahi tedaviler de hız kazanmıştır.

Anahtar sözcükler: İzmir Şehir Hastanesi, SBU, İzmir.



Şekil 1. Kalp ve damar cerrahi ekibi.



Şekil 2. İzmir Şehir Hastanesinde: ilk ameliyat.

Asistan Bildirileri

[EP-148]

Akut tip A aort diseksiyonu nedeniyle Bentall prosedürü uygulanan hastada redo buton psödoanevrizma tamiri ameliyatı: Olgu sunumu

Berkay Baysal, Görkem Kuleyin, Evren Müge Tasdemir Mete, Nehir Selcuk, Şebnem Albeyoğlu

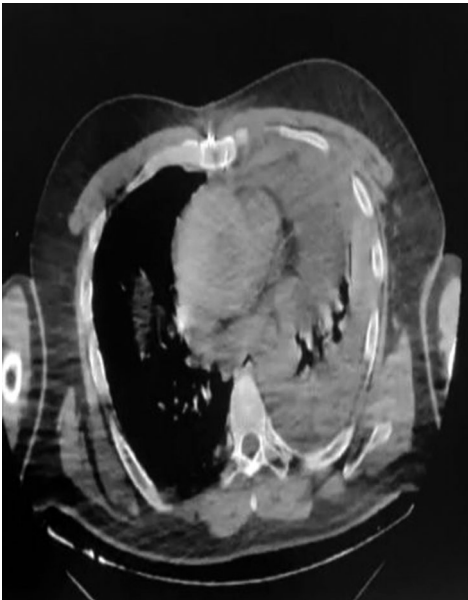
Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Tip A diseksiyonu 100000'de üç hastada rastlanan ve %50 mortalite ile sonuçlanan progresyonu zor olan bir patolojidir. Bu durumda diseksiyon uzanımına göre tedavi stratejisi belirlenir. Sıklıkla izole suprakoroner aort replasmanı yapılmakla birlikte Bentall prosedürü uygulanmaktadır.

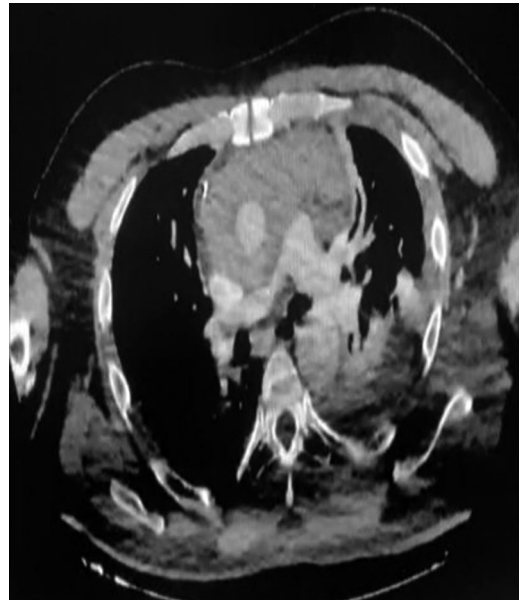
YÖNTEM: 36 yaşında erkek hasta yurt dışı gezisi sırasında meydana gelen diseksiyon nedeniyle Bentall prosedürü uygulanmış ve taburcu edilmiş. Türkiye'ye döndüğünde comadin kullanımına devam eden göğüs ağrısı ve nefes darlığı olan hasta acile başvurmuş. Çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi'de greft çevresinde kontrastlanma görüldü. Elektif olarak planlanan hasta yoğun bakımda takip edilirken htc düşüklüğü geliştiği için INR: 2.5 ile acil ameliyata alındı. Ameliyatta sağ koroner butonun ayrıldığı ve çevresinde psödoanevrizma kesesi ve sol koroner butondan kanama olduğu saptandı. Hemodinamisi unstabil olan hasta femoral arter ve sağ atriyumdan kanüle edilerek pompaya girildi. Psödoanevrizma kesesi rezeke edildi. Buton sütüre edildi. Kanama kontrol altına alındı. Safen grefti RCA main'e distal anastomoz yapıldı. Sol koroner buton onarıldı. Biventriküler yetmezlik görülen hasta ECMO ile yoğun bakıma interne edildi. Ameliyat sonrası 7. gününde ECMO'dan ayrılan hasta 11. gününde servise interne edildi. Ameliyat sonrası 15. gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Tip A diseksiyonu nedeniyle ya da elektif olarak Bentall prosedürü sıklıkla uygulanmaktadır. Buton ayrışması, buton psödoanevrizması ve koroner damarların diseke olması gibi komplikasyonların görüldüğünde uygulanabilecek bir cerrahi strateji kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: Redo Bentall, tip A diseksiyon.



Şekil 1. BTA 1.



Şekil 2. BTA 2.

Asistan Bildirileri

[EP-149]

Mobitz tip 2 AV blok ile birlikte sunulan primer kardiyak lenfoma olgusu

Ahmet Kuyucu, Recep Berat Çiçek, Murat Çanak, Ali Etkay Yıldırım

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

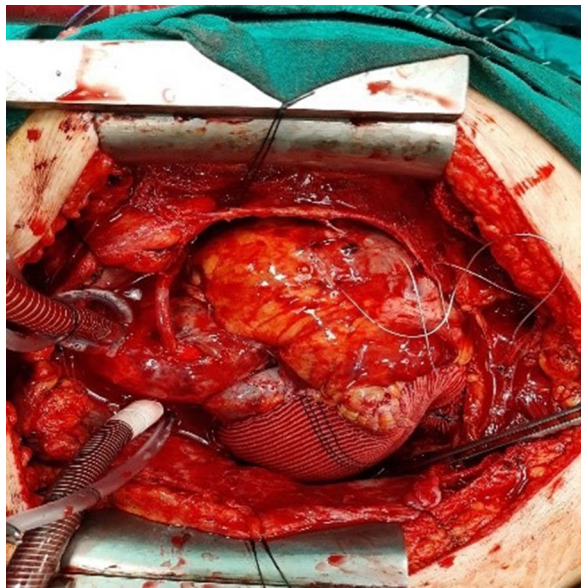
GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyak lenfoma son derece nadir görülen ve ileri derecede agresif seyreden kötü huylu kitlelerdir. Primer veya metastatik olabilir, primer olanlar daha nadir gözüktür. Primer lenfomalar Sıklıkla diffüz B hücreli lenfoma olarak tanı konur. Kalp lenfoması değişen klinikleler başvurabilmektedir.

YÖNTEM: 87 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Tansiyonu 100/60 mmHg satürasyonu %90 idi. çekilen göğüs radyografisinde kardiyotorasik oran artmış, sol tarafta plevral efüzyonu mevcuttu. Elektrokardiyografide Mobitz tip 2 AV blok görülmüş nabız 46/dk olarak değerlendirilmiştir Eko sonucunda Ef: %45; sağ atriyum içerisinde organize 10x6 cm ebatından kitle izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de süperior vena kava düzeyinden başlayarak sağ atriyumu tama yakın dolduran sağ ventrikül ve sol atriyumada uzanımı bulunan en geniş yerinde 11 cm ulaşan yumuşak doku lezyonu izlendi.

BULGULAR: Genel durumu akut olarak bozulan hasta acil olarak ameliyata alınmıştır. Sağ atriyum açıldığında sağ atriyumu tamamen dolduran sağ ventriküle ve inferior vena kavaya kadar uzanan sert polipoid miksamatöz dev kitle görüldü. Kitlenin sağ atriyumu kaplayan kısmı çıkarıldı. Geniş defekti olan sağ atriyuma Dacron greft ile yama yapıldı. Ameliyat sonrası kvc yoğun bakıma alınan hasta kardiyak düşük debi gelişmesi sonucu kaybedilmiştir. Kitle Patoloji laboratuvarına gönderilmiş. Yapılan incelemeler sonucunda kitle Non-Hodgkin lenfoma, diffüz b hücreli lenfoma (Non-Germinal Merkez Tip) lehine sonuçlanmıştır

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kalbin lenfoması çok agresif seyretmesine karşın kemoterapiye yanıtı çok iyidir. Erken tanı konulan olgularda cerrahi ile birlikte KT uygulandığında mortalite azalma söz konusudur. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi geç tanı alan hastalar KT alamadan kaybedilmektedir. Nefes darlığı şikayeti ile başvuran hastalarda eşlik eden ekg patolojileri varsa akla kardiyak kitle getirilebilir.

Anahtar sözcükler: Kardiyak lenfoma, intrakardiyak kitle, primer kalp tümörleri.



Şekil 1. Kitle eksizyonu sonrası sağ atriyuma yapay sentetik greft ile yama yapılması.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-150]

Enfektif endokarditle zorlu bir mücadele

Emre Boysan, Renda Cırcı, Gül Şener, Furkan Bilgili, Eren Can Güneş, Özer Kandemir

TC. SB. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara

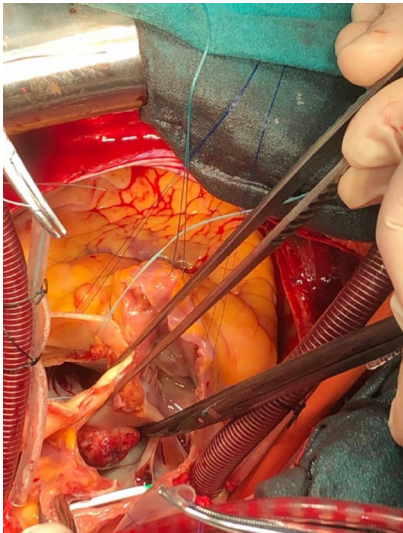
GİRİŞ VE AMAÇ: Günümüzde enfektif endokardit önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Enfektif endokardite bağlı kalp yetmezliği gelişmesi acil cerrahi kararı için yeterli bir nedendir.

YÖNTEM: Hastanemiz acil servisine öksürük ve troponin yüksekliği nedeni ile sevk edilen hastanın yapılan transtorasik ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %40, mitral kapağın anterior yaprağı üzerinde 1,5*1,5cm vejetasyon, birinci derece mitral yetmezliği, aort kapak üzerinde vejetasyon, üçüncü derece aort kapak yetmezliği, üçüncü derece trikuspit kapak yetmezliği sistolik pulmoner basıncın 70 mmHg tespit edilmesi üzerine kan kültürleri alınarak ampirik antibiyotik tedavisi ile koroner yoğun bakımda takibe başlandı. Takiplerinde artırılan inotrop desteklere rağmen dispnesinin artması ve karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulma olması üzerine acil cerrahi kararı alındı.

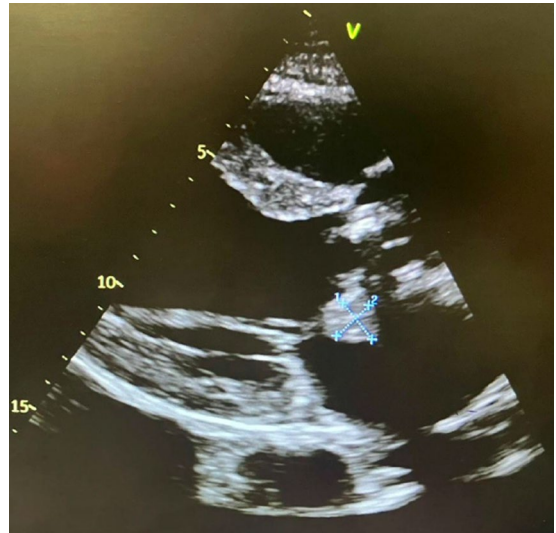
BULGULAR: Ameliyatta aortotomi sonrası aort kapağın non koroner yaprakçığının anulus'tan ayrılmış olduğu görüldü. Yaprakcığın altında hem sağ atriya hemde sol atriya açılan fistül oluşumları tespit edildi. Aorta kapak tamamen eksize edildi. Ardından sağ atriyotomi yapıldı. Trikuspit kapağın anteroseptal kommisürünün lateralinde vejetasyon ve fistül hattı görüldü ve rezeke edilerek sıgır perikardı ile onarıldı. Daha sonra fossa ovalis açılarak süperior septal yaklaşım ile kesi genişletildi ve aortaya kadar uzatıldı. Mitral kapak sağlamdı. Anterolateral kommisür lateralinde fistül ağzı ve vejetasyon tespit edildi ve rezeke edilerek sıgır perikardı ile onarıldı. Aortikomitral devamlılık ve psödoanevrizma ağzı da sıgır perikardı ile onarıldı. Ardından 23 mekanik kapak ile aort kapak replasmanı yapıldı. Pil ve inotrop destek ile ameliyattan çıkıldı. Ameliyat sonrası dönem takiplerinde hastaya kalıcı kalp pili takıldı ve başka sorunu olmayan hasta taburcu edildi. Birinci yıl kontrolleri normal olarak tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Enfektif endokarditte acil cerrahi kararı vermek riskli olsa da başarılı sonuçlar alınabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Enfektif endokardit, acil cerrahi, fistül, vejetasyon.



Şekil 1. Aorta ile sol atriya arası fistül ağzı ve vejetasyon görüntüsü.



Şekil 2. Transtorasik ekokardiyografide mitral kapak önündeki vejetasyon görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-151]

Periferik intravenöz kateterizasyon nedenli tekrarlayan arteriyovenöz fistül

Cihan Yetiş, Barış Akça, Olcay Murat Disli, Mehmet Emin Murat, Mehmet Cengiz Colak

Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ VE AMAÇ: Edinsel arteriyovenöz fistül (AVF)'ler sıklıkla ateşli silah, bıçaklama, cam kesiği gibi penetran travmalardan sonra gelişebileceği gibi iyatrojenik olarakta intravasküler girişimler ve cerrahi müdahale sonucunda gelişebilir. Fistül bölgesinde trill ve sürekli üfürüm tespit edilebilir. Bu olgu sunumunda, periferik kan alımı nedenli venöz müdahale sonucu geliştiği düşünülen bir AVF olgusunu sunuyoruz.

YÖNTEM: 13 yaşında kadın hasta, kolunda lokalize şişkinlik şikayetiyle hastanemize başvurdu. Bilier atrezi nedeniyle ameliyat öyküsü olan hastaya dokuz yıl önce sağ kol antekübital edinsel AVF nedeniyle ameliyat yapılmış. Bir yıl önce sağ koldan kan örneği alındıktan sonra giderek artan lokalize şişlik şikâyeti olmuş.

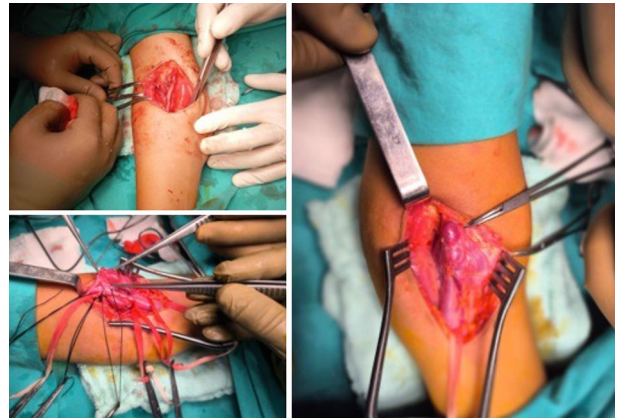
BULGULAR: Fizik muayenede kalp yetmezliği belirtisi görülmedi. Antekübital bölgede palpasyonda trill ve dinlemekle üfürüm vardı. Doppler ultrasonografi (USG)'de AVF rapor edilen hastanın, bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografisinde radial arter ve radial ven arasında multipl AVF'ler görüldü. Arteriyovenöz fistül sahası anevrizmatik olup brakial arter ve venler aksiller bölgeye kadar ektazik görünümdeydi. Kübital fossa seviyesinden itibaren radyal ve ulnar arter kalibrasyonları normal olup lümenleri açıktı. Genel anestezi altında sağ brakiyal arterin üstünden radial artere doğru yapılan insizyonla brakiyal arter dönüldü. Brakial arterin anevrizmatik yandaş venleri bağlandı. Radial arter seviyesindeki venlerde ileri anevrizmatik dilatasyon ve trill vardı. Heparin uygulandıktan sonra arterler dönülerek kleplendi. Anevrizmatik kese çıkarıldı. Radial arter anterior ve lateralinde bulunan fistül traktları ligasyon ve primer onarım ile kapatıldı. Ameliyat sırası muayenede trill kayboldu. Ameliyat sonrası takipleri sorunsuz olan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Nadir olmakla birlikte, çocuklarda ve adolesanlarda venöz müdahaleler sırasında AVF gelişebileceği akılda tutmalı ve girişimler öncesinde sağlık personeli bilgilendirilerek tekrarlayan girişimlerden kaçınılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Arteriyovenöz fistül, adolesan, anevrizma, intravenöz kanülasyon.



Şekil 1. Arteriyovenöz fistül BT anjiyografi görüntüsü.



Şekil 2. Arteriyovenöz fistül anevrizması ameliyat sırası görünümü.

Asistan Bildirileri

[EP-152]

Koroner arter baypas cerrahisi sonrası gelişen sol ventrikül psödoanevrizması: Olgu sunumu

Ecem Tuğba Yamaç¹, Arif Okay Karslioglu¹, Denizhan Akpınar¹, Endri Balla¹, Elshad Mansimzada¹, Hakkı Tankut Akay¹, Atila Sezgin¹, Senem Hasırcı²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

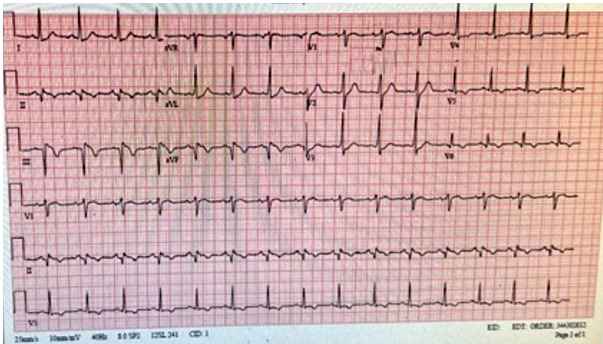
GİRİŞ VE AMAÇ: Bilinen koroner arter hastalığı olmayan 56 yaşındaki hasta 23/01/223 tarihinde göğüste sıkıntı hissi, baş dönmesi, fenalık hissi şikayeti ile hastanemize başvurdu. Subakut inferior miyokart enfarktüsü (MI) tanısı konulan hastanın yapılan transtorasik ekokardiyografisinde (TTE) LV EF %50, 1. derece mitral yetersizlik izlendi. Hastaya koroner anjiyografi (KAG) yapıldı.

YÖNTEM: Yapılan konsey sonucu baypas kararı alınan hastaya 6'lı koroner arter baypas cerrahisi yapıldı. Ameliyat sonrası 5. ay kontrolünde nefes darlığı şikayetleri ile başvuran hastanın TTE sonucu LV EF %43, LV inferior duvar komşuluğunda psödoanevrizma görünümü ve egzantrik posterioara yönelmiş fonksiyonel 3. derece MY izlendi. Yapılan koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA)'da kalp tabanında sol ventrikül inferior duvarından orijin alan dar boyunlu sakküler anevrizmaya ait görünüm segmentinde revaskülarizasyon sorunu saptanmadı. Hastanın kontrol anjiyografisinde baypas greftleri açık görüldü. Sol ön inen arter (LAD)/sol internal meme arteri (LIMA) grefti açık olmasına rağmen distalinde darlık saptandı, cerrahi kararı alındı.

BULGULAR: Sol ventrikülden kaynaklanan psödoanevrizma kapsülü açılıp teflon destekli dikişlerle kapatıldı. Mitral kapak anterior leaflet rezeke edilip posteriyor leaflet korunarak Medtronic 27 No mekanik kalp kapağı ile mitral kapak replasmanı (MVR) yapıldı. LAD-LIMA greftinin açık olduğu halde distaldeki darlık nedeniyle distale safen baypas yapıldı. Safen proksimali diagonal safenine anastomoz yapıldı. Hasta ameliyat sonrası warfarin tedavisi başlandı, ameliyat sonrası 9. günde taburcu edildi. Hasta ameliyat sonrası 1. yılında olup takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sol ventrikül psödoanevrizması, akut MI'nin mortalitesi yüksek seyreden mekanik komplikasyonlarından biridir. Hastamızda ilk MI tanısı sonrası yapılan tetkiklerde psödoanevrizma saptanmamıştır. KAG'da darlık bulunan uygun yerlere koroner arter baypas cerrahisi yapıldı, greflerin açık, revaskülarizasyonun iyi olmasına rağmen ameliyat sonrası psödoanevrizma gelişmiştir. Bu şaşırtıcı durumu hastanın geçirdiği ilk MI'den kaynaklı mı yoksa sonraki gelişen olaylar kaynaklı mı çözülememiştir. Tespit edilen sorunlar cerrahi olarak tedavi edilmiştir.

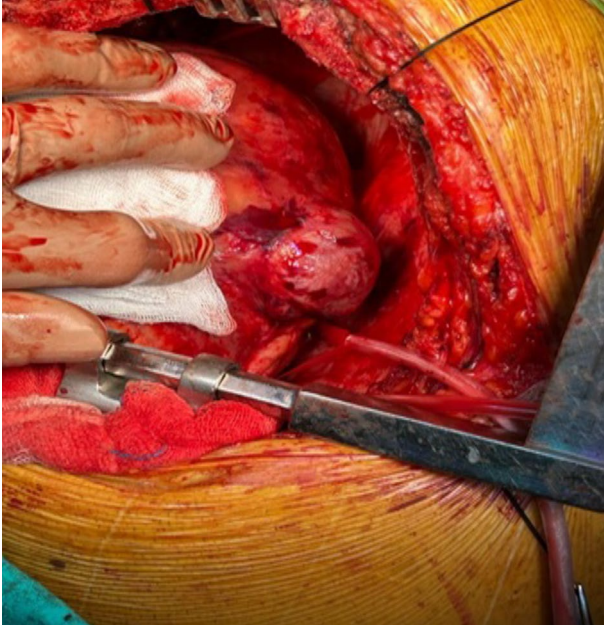
Anahtar sözcükler: Koroner baypas cerrahisi, miyokart enfarktüsü, sol ventrikül psödoanevrizması, mitral kapak replasmanı.



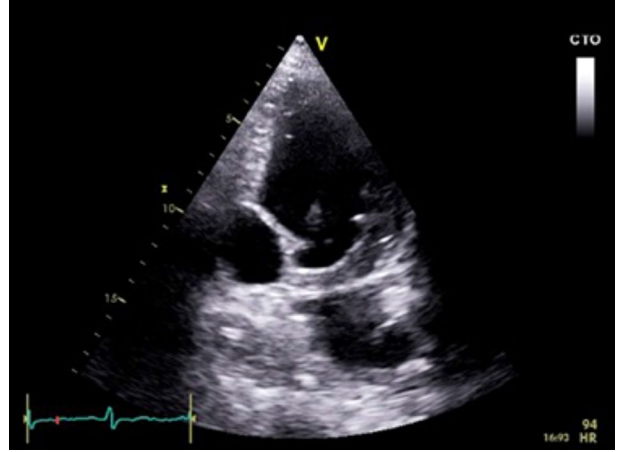
Şekil 1. Başvuru EKG'si - subakut inferior MI.



Şekil 2. Koroner BTA sol ventrikül psödoanevrizma.



Şekil 3. Sol Ventrikül psödoanevrizma.



Şekil 4. TTE 2 boşluk inferior duvar psödoanevrizma görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-153]

Sol ventrikül dev psödoanevrizması

Selen Sayılır¹, Murat Biçer¹, Irem Iris Kan¹, Fatma Akylı², Bülent Özdemir³

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

²Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Zonguldak

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Bursa

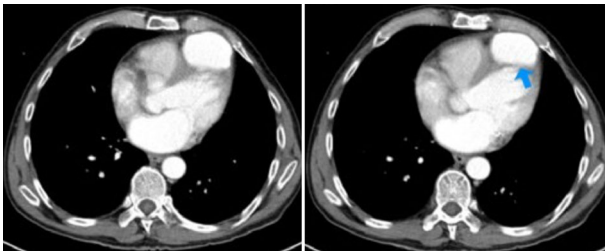
GİRİŞ VE AMAÇ: Ölümcül olan sol ventrikül psödoanevrizmalarının, çok az bir kısmı hayatta kalabilir. Özellikle kardiyak rüptürün yapışık perikart, trombus veya skar dokusu ile sınırlı olması durumunda hayatta kalabilirler. Psödoanevrizmalar, endokardiyal ve miyokardiyal doku içermemeleri bakımından gerçek anevrizmalardan ayrılır.

YÖNTEM: 65 yaşında koroner arter hastalığı nedeniyle stent öyküsü olan erkek hasta, şiddetli dispne ile başvurdu. NYHA sınıf IV (New York Heart Association Sınıflandırması) ileri derecede kalp yetmezliği semptomları gösteriyordu. Koroner anjiyografisinde kritik lezyonu olmayan hastada yapılan ekokardiyografik incelemede sol ventrikül psödoanevrizması tespit edildi. Ardından detaylı görüntüleme için hastaya bilgisayarlı tomografi (Şekil 1) yapıldı. Ameliyat sırasında, sol ventrikülün ön duvarında 10x6 cm boyutlarında dev bir psödoanevrizma kesesi görüldü (Şekil 2.A). Kese açıldığında, kese ile sol ventrikül boşluğu arasında 2x2 cm'lik bir ostium görüldü (Şekil 2.B). Psödoanevrizma kesesinin ostiumu teflon destekli dikişlerle kapatıldı (Şekil 2.C, Şekil 2.D).

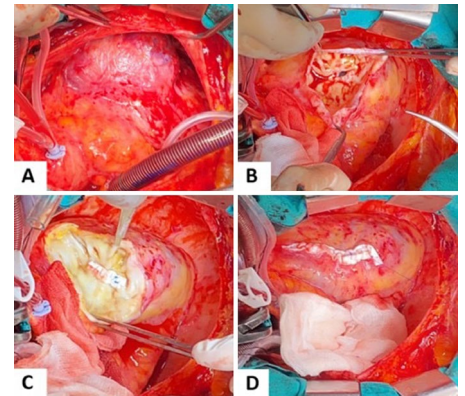
BULGULAR: Sol ventrikül anevrizmaları gerçek veya yalancı olarak sınıflandırılabilir. Birbirlerinden ayırt edilmeleri zor olduğundan, bazen aynı hastalıkmiş gibi tedavi edilirler. En sık görülen semptomlar göğüs ağrısı ve nefes darlığıdır. Ani kardiyak ölüme ve konjestif kalp yetmezliğine sebep olabilir. Sol ventrikül psödoanevrizmaları, en sık aterosklerotik koroner arter hastalığına sekonder miyokart enfarktüsünden (MI) kaynaklanır. MI'den kaynaklanan nadir ancak ciddi bir mekanik komplikasyon olan psödoanevrizmanın görülme sıklığı %0,2 ile %0,5 arasında değişir. Ancak, daha önce travma, enfektif endokardit, enflamasyon ve önceki geçirilmiş kalp cerrahisi sonrasında psödoanevrizmalar bildirilmiştir. Psödoanevrizmanın cerrahi olarak onarılması önerilir. Cerrahi onarım teknikleri psödoanevrizmanın ostium boyutuna bağlı olarak değişmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Miyokart enfarktüsünün mekanik komplikasyonu olan psödoanevrizmalar tanıdan sonra mümkün olan en kısa sürede cerrahi müdahale gerektirir.

Anahtar sözcükler: Miyokart enfarktüsü, mekanik komplikasyonları, psödoanevrizma.



Şekil 1. Psödoanevrizmanın BT görüntüleri, (Ok) psödoanevrizma kesesi ile sol ventrikül kavitesi arasındaki ostium.



Şekil 2. (a) Sol ventrikül psödoanevrizma kesesi. (b) Psödoanevrizmanın açılmış görüntüsü. (c) Psödoanevrizma kesesinin ostiumu teflon destekli dikişlerle kapatılması. (d) Psödoanevrizma kesesinin tamamen kapatılması.

Asistan Bildirileri

[EP-154]

Takayasu arteriti sonucu desendan aort oklüzyonu gelişen hastaya yapılan desendan aort-abdominal aort greft baypas + SMA greft baypas: Olgu sunumu

Emre Doğan, Gökhan Güneş, Nihan Kayalar, Mehmed Yanartas, Zülfiye Yıldız

S.B.Ü İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Takayasu arteriti nedeniyle aortik oklüzyonlar nadir görülmekte olup, bu hastaların cerrahi tedavisi mümkündür.

YÖNTEM: Bu olgu sunumunda takayasu arteriti sonucu gelişen aortik oklüzyonu olan hastaya desendan aort-abdominal aort greft baypas + süperior mezenterik arter (SMA) greft baypas uyguladığımız olguyu sunmaktayız.

BULGULAR: 22 yaş kadın hasta, başvurusundan dört ay önce Takayasu arteriti tanısı almış olup; dispne, iştahsızlık, halsizlik, çoklu antihipertansif ilaca rağmen kontrol altına alınamayan hipertansiyon şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Ameliyatı öncesi tomografik incelemelerde suprarenal düzeyde total oklüzyon tespit edilen hastaya, Takayasu arteriti nedeniyle total aort replasmanı yerine baypas planlanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hasta çoklu antihipertansif tedaviye rağmen geçmeyen inatçı hipertansiyonu olması nedeniyle esmolol infüzyonu ve Takayasu arteriti olması nedeniyle steroid şemsiyesi altında ameliyata alındı, posterolateral torakotomi insizyonu yapıldı. Kalp hizasında desendan aort eksplore edildi. Distalde periton açılarak aort distali eksplore edildi. Aortik hiatus genişletilerek tünel hazırlandı. 16 mm Dacron greft proksimali desendan aortaya yan klemple uç-yan anastomoz edildi. Distalde abdominal aorta yan klemple uç yan anastomoz yapıldı. SMA eksplore edilerek desendan aortaya uzatılan greft üzerinden 6 mm Dacron greft uç yan baypas yapıldı. Hasta yoğun bakım takiplerinde erken dönemde esmolol infüzyonu ile takip edildi, takiplerinde sorun olmaması üzerine ameliyat sonrası 3. günde servise transfer edildi, ameliyat sonrası 8. gününde takiplerinde sorun yaşanmayan hastanın taburculuğuna karar verildi. Ameliyat sonrası 3. ay kontrollerinde muayene edildiğinde yürüyememe şikayetinin tamamen geçtiği, iştahsızlık şikayetinin geçtiği, inatçı hipertansiyonun şikayetinin geçtiği ve tekli antihipertansif tedavi kontrol altına alınabildiği görüldü. Hastanın kontrol görüntülemelerinde ve laboratuvar takiplerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

Anahtar sözcükler: Aort oklüzyonu, Takayasu arteriti.



Şekil 1. BT anjiyografi bulguları.



Şekil 2. Periop ve postop görüntüler.

Doktor Bildirileri - Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları ve Cerrahisi/Endovenöz Girişimler

[EP-155]

Flegmasia serula dolens

Furkan Kallek, Elif Demirbaş, Fatih Öztürk

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Flegmasia serula dolens (FSD), derin ven trombozunun nadir ve ciddi bir formudur. Ekstremitelerde gangrene ve daha birçok komplikasyona yol açabilecek bir patolojidir.

YÖNTEM: Bilinen hastalık öyküsü olmayan, sigara içicisi 38 yaş erkek hasta acil servise ani gelişen bilateral alt ekstremitelerde güçsüzlük ve ağrı şikayetiyle başvurmuştur. Acil hekimlerinin muayenesinde bilateral yaygın iskemik görünüm saptanmış, distal nabızlar alınamamıştır. Yapılan bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) görüntülemesinde bilateral popliteal arter distalinde akım görülmemiştir. Hasta tarafımıza akut bacak iskemisi tanısıyla danışılmıştır. Muayenemizde benzer bulgularla birlikte bacaklarda yaygın sertlik, şişlik, kompartman sendromu bulguları saptanmıştır (Şekil 1). Flegmasia serula dolens ön tanısıyla bt venografi ve venöz Doppler çekilerek tanı netleştirilmiştir. Hastaya acil fasyotomi, intravenöz heparinizasyon ve takip eden süreçte EKOS (akustik sinyal tromboliz) tedavisi uygulanmıştır. Sonrasında hastanın fasyotomisi kapatılmış, hematolojiye danışılmış, olası genetik ve romatolojik hastalıklar açısından takibe alınmış, ömür boyu kumadinizasyon önerilmiştir.

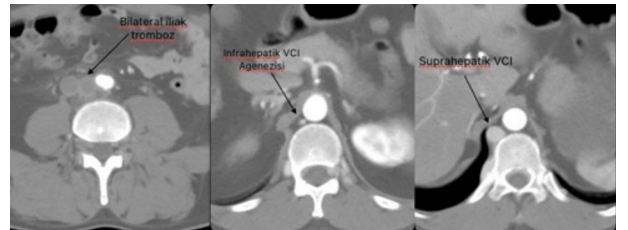
BULGULAR: Radyolojik raporlar: "USG: Bilateral SFB, popliteal düzeyinde, ana iliyak venlerde renkli Doppler ultrasonu (RDUS) incelemede akım kodlanamamıştır. Bilateral SFB, popliteal vende kompresyona yanıt alınamamıştır. BTA: Her iki ana iliyak venlerde trombüs görünümü izlendi. İnferior vena kava (IVK)'nın infrahepatik segmenti izlenmedi (konjenital cava agenezisi). Renal venler kollateraller aracılığı ile azigos ve hemiazigos dren olmaktadır." şeklindedir (Şekil 2). IVK agenezisi ve iliyak venlerde tromboz nedeniyle FSD ve kompartman sendromu saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Flegmasia serula dolense bağlı en sık görülen komplikasyonlar %30 oranında pulmoner emboli ve %12-25'inde gelişen uzuv kaybıdır. Hastamızda da pulmoner emboli saptanmıştır. FSD'nin en sık etyolojisi hiperkoagülopatilerdir (malignansiler, cerrahi, protein C ve S eksikliği..). Olgumuzda, protein S eksikliği ve konjenital IVK agenezisi tespit edilmiş olup etyolojik faktörler olarak düşünülmüştür. FSD olgularında amputasyonunun ve diğer komplikasyonların önüne geçmek için ayırıcı tanıda FSD'nin akılda tutulması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Derin ven trombozu, flegmasia serula dolens.



Şekil 1.



Şekil 2.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-156]

Büyük çaplı erişim gerektiren perkütan girişimler sonrası femoral arter komplikasyonu gelişen iki olgunun sunumu

Barış Akça, Cihan Yetiş, Mehmet Emin Murat, Mehmet Cengiz Colak

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

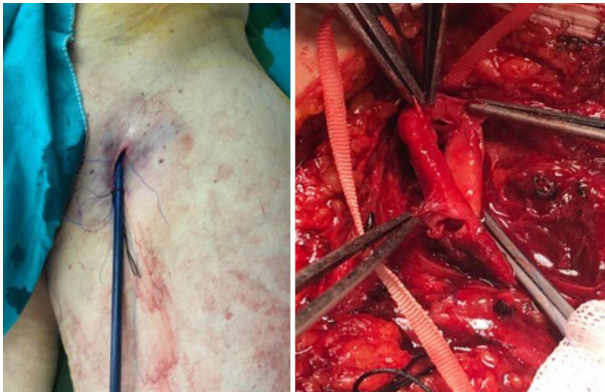
GİRİŞ VE AMAÇ: Trans-kateter aort kapak implantasyonu (TAVI) ve Endovasküler Aort Onarımı (EVAR)/Torasik Endovasküler Aort Onarımı (TEVAR) prosedürleri sıklıkla femoral arterden perkütan ya da cerrahi eksplorasyonla gerçekleştirilebilmektedir. Artan oranlarda perkütan yolla kapama cihazları kullanılarak yapılmaya başlanmıştır. Perkütan kapama cihazı kullanılarak gerçekleştirilen TAVI ve EVAR sonrası gelişen femoral arter rüptür ve kanama komplikasyonlu iki olgu sunulmaktadır.

YÖNTEM: 77 yaşında karın ağrısı şikâyeti ile başvuran ve hipertansiyon öyküsü olan kadın hastanın infrarenal abdominal aort anevrizması mevcut olup perkütan sol femoral arterden EVAR gerçekleştirilmiş. İkinci olgu 86 yaşında erkek hastaya ciddi aort darlığı nedeniyle perkütan sağ femoral arterden TAVI yapılmış.

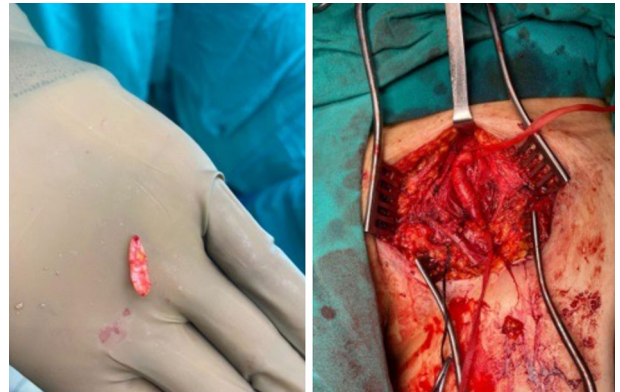
BULGULAR: Her iki olguda da perkütan kapama yöntemi başarısız olması üzerine kanama ve ekstremitelerde iske mi gelişmiş, kateter sistemleri çekilemeyerek tarafımıza danışılan hastalar acil ameliyata alındılar. Femoral arterlerin eksplorasyonunda birinci olguda SFA ve femoral arter bifurkasyonda yaralanmalar, ikinci olguda ise kateter giriş yerinin 3 cm superiorunda ProGlide sütür traksiyonuna bağlı ana femoral arterde yaralanma mevcuttu. İki hastanın da femoral arterlerinde ciddi kalsifikasyon ve plak görüldü. Birinci olgunun primer damar onarımı yapılırken ikinci olguda yaklaşık 2.5 cm intima hasarı olan segment çıkarılarak uc uca anastomoz ile onarım yapıldı. Cerrahi sonrası sorunsuz takipleri olan hastalar taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Femoral arterin erişim yolu olarak kullanıldığı TAVI, TEVAR, EVAR gibi perkütan tedavi yöntemlerinin sayısı giderek artmaktadır. Bu prosedürler sonrası gelişebilecek komplikasyonlara uygun cerrahi yaklaşımın belirlenmesi mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır. EVAR ve TAVI işlemlerinde sıklıkla femoral arterlerin kullanılması nedeniyle bu arterlerin hazırlanması ve işlem sonrası onarılması işlem sonrası gelişebilecek femoral arter bağlı komplikasyonlar açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Perkütan girişim, femoral arter, komplikasyon.



Şekil 1. İlk olgunun ameliyatı öncesi ve ameliyatı sırası görüntüleri.



Şekil 2. İkinci olgunun ameliyatı sırası görüntüleri.

Asistan Bildirileri

[EP-157]

Minimal invaziv mitral kapak cerrahisinde klinik deneyim

Abdullah Masta, Ömer Bayezid, Cengiz Turkey, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Minimal invaziv cerrahi, dünya çapında birçok merkezde mitral kapak patolojisi için konvansiyonel sternotomiye alternatif olarak giderek daha fazla benimsenmektedir. Mevcut çalışmanın amacı Mitral Kapak Akademik Konsorsiyumu (MVARC) kriterleri tarafından tanımlanan önceden belirlenmiş 30 günlük komplikasyonların değerlendirilerek merkezimizdeki klinik tecrübe ve sonuçları ortaya koymaktır.

YÖNTEM: Kurumumuzda iki yıl içinde sağ mini torakotomi yoluyla minimal invaziv mitral kapak cerrahisi geçiren tüm ardışık hastalar geriye dönük olarak incelendi. Birincil sonuç, MVARC tanımlarına göre 30 günlük majör komplikasyonların bir bileşimiydi

BULGULAR: 25 hasta minimal invaziv mitral kapak cerrahisi geçirdi ve ortalama yaş $62,9 \pm 12,3$ yılı. Genel 30 günlük mortalite %8 ve serebrovasküler olay oranı %20 (%10 geçici SVO-%10 kalıcı SVO) idi. Otuz günlük herhangi bir majör komplikasyondan arınımlık %72 idi ve bağımsız prediktif faktörler; sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu < 50 (OR 1,78; %95 CI 1,02 ila 3,02) ve tahmini glomerüler filtrasyon oranı < 60 mL/dak/1,73 m² idi (OR 1,98; %95 CI 1,17 ila 3,26).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Minimal invaziv mitral kapak cerrahisi, konvansiyonel yöntemlerle benzer komplikasyon oranlarına sahip olup hastanın ameliyat sonrası erken derlenme dönemine girmesiyle ön plana çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Minimal invaziv mitral kapak cerrahisi.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-158]

Koroner arter-pulmoner arter fistül deneyimlerimiz

Muruvvet Funda Tetik Saruhan, İrem Elif Yeniceci, Bugra Harmandar

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Muğla

GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner-pulmoner arter fistülleri (KPAF'ler) tüm koroner arteriovenöz fistüller (KAVF)'in %15 ila %30'unu oluşturur. Tüm KAVF'lerin %10,7 ila %16'sında çoklu fistüller görülmektedir.

YÖNTEM: Kliniğimize mitral kapak yetmezliği nedeni ile başvuran iki hastanın yapılan koroner anjiyografilerinde saptanan koroner arter-pulmoner arter arası fistülleri ve cerrahi tedavileri sunuyoruz.

BULGULAR: Olgu 1- 32 yaş erkek hasta iş başvurusu öncesi yapılan rutin kontrollerinde mitral valf prolapsusu saptanması üzerine ileri mitral yetmezlik (MY) nedeni ile mitral kapak replasmanı için ameliyat edilmek üzere yatırıldı. Hastanın ekokardiyografik değerlendirilmesinde ileri MY, pulmoner arteriyal basınç (PAB) 52 mmHg saptandı. Hastanın yapılan koroner anjiyografisinde OM1 ve D1 dallarından pulmoner artere uzanan çok sayıda fistüller saptandı. Ameliyata alınan hastanın Mitral kapağın dilate olduğu, posterior leaflette bir kordada rüptür olduğu görüldü. Mitral kapak P2 bölgesine wedge rezeksiyon ve ring ile valvuloplasti yapıldı. Pulmoner arteriyotomi yapıldı ve fistüllerin koroner arterlerden köken alarak tek bir ostium ile pulmoner artere döküldüğü görüldü. Pulmoner arterdeki ostium prolen ile sütüre edildi. Pulmoner arter üzerindeki kollateraller klipslendi.

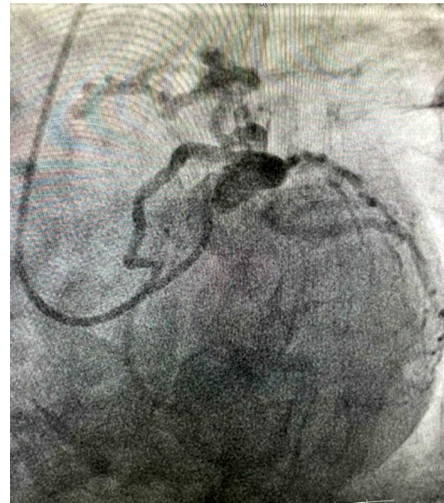
Olgu 2- Nefes darlığı nedeni ile kardiyoloji polikliniğine başvuran 83 yaşındaki erkek hastanın yapılan tetkiklerinde ileri MY saptanması üzerine mitral kapak replasmanı için ameliyat edilmek üzere yatırıldı. Hastanın transözofageal ekokardiyografik değerlendirilmesinde ileri MY, mitral kapak posterior leaflette parsiyel korda rüptürü, 2. derece aort yetmezliği, PAB 40 mmHg saptandı. Hastanın yapılan koroner anjiyografisinde koroner arterlerde anlamlı darlık oluşturmayan plaklar ve sol ön inen arter (LAD) - pulmoner arter arası fistül izlendi. Mitral kapağın dilate olduğu, mitral kapakta P2 bölgesinde kordada rüptürü olduğu saptandı, ring ile valvuloplasti yapıldı. Pulmoner arter ile LAD arasında fistül olduğu görüldü. Fistül divize edilerek kapatıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Her iki olgu da şifa ile taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Koroner arter-pulmoner arter fistül.



Şekil 1. Koroner anjiyografide OM1 ve D1 dallarından pulmoner artere uzanan fistüller.



Şekil 2. Koroner anjiyografide LAD - pulmoner arter arası fistül.

Asistan Bildirileri

[EP-159]

Kateter sonrası gelişen psödoanevrizmalara yapılan trombin enjeksiyonu

Esen Asanbaev, Ömer Bayezid, Cengiz Turkey, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Femoral arter, inguinal bölgede oldukça yüzeysel seyirli ve kalın çaplı olması nedeniyle kateterizasyon çalışmalarında sık kullanılan bir arterdir. günümüzde tanı ve tedavi amacıyla yapılan invaziv girişim sayısındaki artış nedeniyle psödoanevrizmalar daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır.

YÖNTEM: 51 yaş erkek hasta ani başlayan sağ femoral bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurmuş. Hastaya sağ femoral vene diyaliz kateter denenmiş, us incelemede;sağ uyluk proksimalinde dfa ile ~5 mm bir boyunla bağlanan, patent lümeni ~34x36x41 mm, total boyutları ~83x57x58 mm ölçülen lümeninden Doppler inceleme ile ying yang görünümü alınan parsiyel tromboze psödoanevrizma ile uyumlu görünüm izlendi. Tarafımızca hastaya trombin enjeksiyonu yapılması planlandı. Lokal anestezi altında steril boyama ve örtünmeyi takiben psödoanevrizma lümeni USG ile tespit 18 ga iğne ile 2 cc tissel 20 sn sürede enjekte edildi, 20 dk boyunca probe basısı yapıldı. Psödoanevrizma boynu kapandı. İşlem komplikasyonsuz sonuçlandı. Kontrol USG'de psödoanevrizma tromboze olduğu tespit edildi. Bir hafta sonra kontrol usg değerlendirmek üzere, önerilerle taburcu edildi.

BULGULAR: İyatrojenik femoral arter psödoanevrizmalarının tedavisinde, standart cerrahi yaklaşım, Doppler USG eşliğinde trombin enjeksiyonu, Doppler USG eşliğinde kompresyon tedavisi ve endovasküler onarım gibi yöntemler uygulanmaktadır. trombin uygulaması ve endovasküler yaklaşımlar ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda psödoanevrizma rüptürüne bağlı kanama ve mortalite görülmedi. Bunun sebebi olarak tanı konulması sonrası cerrahi ya da girişimsel tedavinin en kısa sürede yapılmış olmasına bağlıyoruz.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Günümüzde invaziv girişimlerin yoğun olarak kullanılmasıyla birlikte vasküler yaralanmalardan sonra gelişen geç komplikasyonlardan biri olan psödoanevrizmaların insidansını azaltabilmek için; arterial ponksiyon doğru yerden, arterin ön yüzünden ve uygun kompresyon yapılabilecek bölgeden yapılmalı ve işlemten sonra uygun basınç ve sürede kompresyon uygulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Trombin, psödoanevrizma.

Asistan Bildirileri

[EP-160]

Perikardiyektomi ile tedavi edilen non-enfeksiyöz, kazeifikasyon nekrozu içeren konstriktif perikardit hastası: Olgu sunumu

Bariş Avşar, Onur Dayanır, Osman Nejat Sarıosmanoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahi Bölümü, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Konstriktif perikardit hastalığında perikardiyal enflamasyon nedeniyle parietal ve viseral perikart yaprakları birbirine yapışarak skarlaşır ve perikart elastikiyetini kaybeder. Bu durum diyastolde ventriküllerin doluşunu engeller. Fibrotik perikardın, kalbin diyastolde doluşunu engellemesi sonucunda kalbe olan venöz dönüş azalır. Venöz dönüşün azalmasına sekonder olarak kalp debisi düşer. Bu klinik bir tablo konstriktif perikardit ile ilişkilendirilir. Gelişmekte olan ülkelerde konstriktif perikarditin en yaygın nedeni tüberküloz enfeksiyonudur.

YÖNTEM: 61 yaşında erkek hasta bir aydır olan nefes darlığı ve alt ekstremitelerde ödem şikayeti ile kardioloji kliniğine başvuruyor. Yapılan transtorasik ekokardiyografide perikardın kalsifikasyon içerdiği ve sağ ventriküle bası bulgularının olduğu görüldü. Kardioloji tarafından ekokardiyografi eşliğinde yapılan perikardiyosentez işlemlerinin başarısız olması nedeniyle perikardiyektomi planlandı. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemelerinde kalbin etrafında ciddi birikim ve kalsifik alanlar gözlemlendi. Kontrastlı toraks manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de perikart yaprakları arasında kalsiyum sütü ile uyumlu intensite değişiklikleri izlendi.

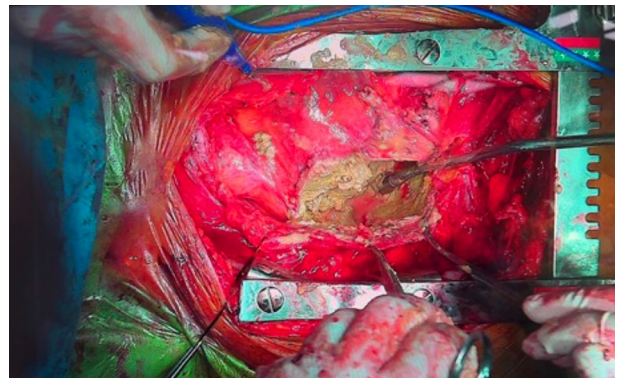
BULGULAR: Hastanın patoloji incelemesinde santralinde nekrozun olduğu kalsifikasyon, kolesterol kleftleri ve fibrin bulunan hyalinize fibrotik lezyonlar izlendi. Aside dirençli boyamada basil yapısı izlenmedi. Aerobik ve anaerobik kültür incelemesi için alınana örneklerde üreme olmadı. Mikobakteri kültüründe üreme olmaması tüberküloz perikarditini ekarte ettirdi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Konstriktif perikarditin gelişmekte olan ülkelerde en sık nedeni tüberküloz perikarditidir. (8) Bu olgumuz kazeifikasyon nekrozunun, kronik enflamuar sürecin eşlik ettiği perikarditte non-enfeksiyöz temelde tüberküloz etyolojisi olmadan da görülebileceğini gösteriyor.

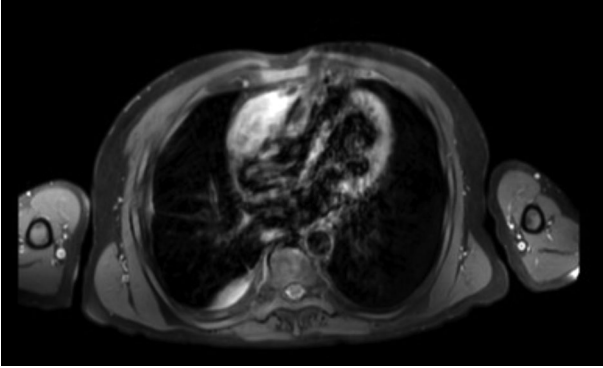
Anahtar sözcükler: Perikardit, perikardiyektomi, nekroz, kalsifikasyon.



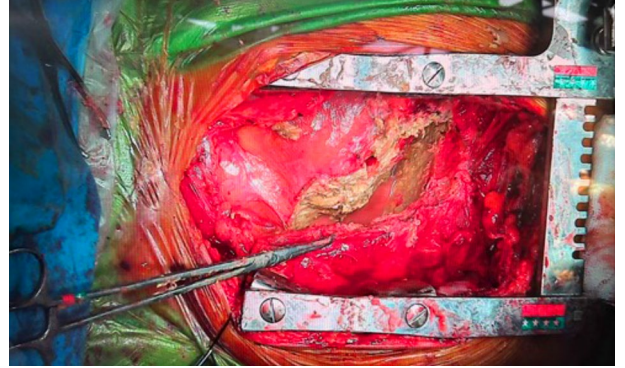
Şekil 1. Toraks BT perikardiyal kalsifikasyon.



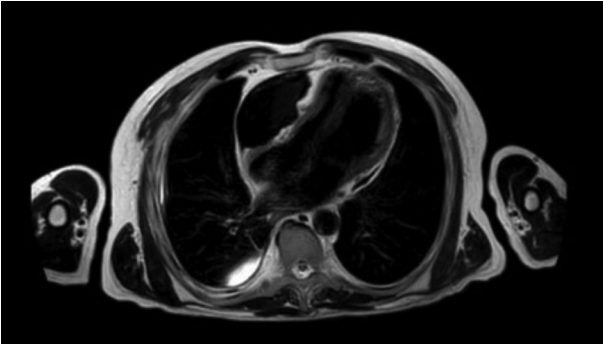
Şekil 2. Kalsifik perikart ve perikardiyal içerik.



Şekil 3. Toraks BT perikardiyal kalsifikasyon.



Şekil 4. Toraks BT perikardiyal kalsifikasyon.



Şekil 5. MR T2 sekans inceleme.

Asistan Bildirileri

[EP-161]

İnterventiküler septumda kist hidatik ameliyatı

Ahmet Selçuk, Ömer Bayezid, Cengiz Turkey, İlhan Gölbaşı, Ozan Erbasan, Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Kist hidatik, ülkemizde önemli bir sağlık problemi olan, bazı bölgelerde endemik olarak görülen, insanda Echinococcus granulosus'un larva formunun neden olduğu paraziter bir enfeksiyondur. Bu yazıda nadir görülmesi sebebiyle kardiyak interventriküler septumda bir kardiyak kist hidatik olgusu sunulmuştur.

YÖNTEM: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ameliyat edilen hastaya ait bulgular kullanıldı.

BULGULAR: 20 yaşında erkek hasta üç ay önce bulantı kusma ve karın sağ üst tarafında ağrı hissetti acil servise başvurdu hastadan rutin kan tetkikleri akciğer grafisi ve torakoabdominal tomografi çekilmiş olup tomografide Karaciğer segmentlerinde ~10x12x8,5 cm ve intrakardiyakseptumda 5,3*4,9 cm boyutlarında membranla kendini sınırlamış benzer morfolojide kistik lezyonlar saptandı. Hastaya enfeksiyon hastalıkları önerisi üzerine albendazol 800 mg/gün başlandı. Öncelikle karaciğer segmentlerindeki kistik lezyonlara yönelik pair işlemi gerçekleştirildi ve işlem sonrası üç hafta medikasyonla takip edilen hastanın karaciğerindeki lezyonların sebat ettiği görüldü. İntrakardiyak septumda mevcut kistik lezyon için cerrahi planlandı. İnterventriküler Septum apikal bölgede intramiyokardiyal yerleşimli 5,3*4,9 cm boyutlarındaki kist, ameliyat sırasında germinatif membranıyla birlikte çıkarıldı. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesinde de kist hidatikle uyumlu olarak skoleksler görüldü. Takiplerinde yapılan ekokardiyografide kist görüntüsü tamamen kaybolmuştu. Olgu albendazol tedavisine devam edilerek poliklinikten izleme alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kist hidatik tanısında radyoloji ve seroloji birlikte değerlendirilmelidir. Serolojik testler tanı koymada değerlidir; ancak yalancı negatiflik verebilmektedir. Echinococcus granulosus'a karşı IgG antikorlarının araştırıldığı serolojik testler arasında duyarlılığı en yüksek olan ELISA'dır. Kardiyak kist hidatiğin tedavisi cerrahidir. Kistin kalp boşluklarına veya perikarda rüptürü ve ani ölüm gibi komplikasyonlar nedeniyle, tanı konulduğunda acil cerrahi asıl tedavidir. Medikal tedavinin cerrahiye eklenmesi tedavi başarısını yükseltmektedir.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, kardiyak.

Asistan Bildirileri

[EP-162]

Abdominal aortic coarctation in adolescent patient

Bessam Ali, Mohammed Skai, Ilke Keleş, Türkan Tansel

Department of Cardiovascular Surgery, İstanbul University, İstanbul Faculty of Medicine, İstanbul

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: In this study, we wanted to present a case report of abdominal aortic coarctation in a 17y-female adolescent patient with a rare atypical location.

METHOD: 17- adolescent female patient was referred to our clinic due to neurofibromatosis type 1, Ht, optic glioma (she received 10 kt 12 years ago), significant lymphedema in both legs, atypically located long segment abdominal coarctation, due to right renal artery stenosis, stent balloon procedure was performed five times for right renal artery stenosis, and right nephrectomy was done due to obstruction + kidney atrophy.

RESULTS: Postprandial pain, for four years. In her radiological examination, coarctation was observed from the distal celiac artery to the iliac bifurcation including the SMA left renal artery.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Abdominal aortic coarctation-SMA-I-renal artery coarctation repair (patchplasty with Dacron graft) was done to the patient. The preoperative quadruple antihypertensive hypertensive patient became normotensive as of the 7th postoperative day, and the patient with preoperative lymphedema had regressed in post op lymphemia.

Keywords: Coarctation, greft, patchplasy.



Video 1. Abdominal aort, SMA proksimal sol renal arter proksimali patch plasti ile genişletildi.



Şekil 1. Abdominal aort, SMA proksimal, I-renal arter proksimal stenozu gözleniyor.



Şekil 2. Abdominal aort, SMA proksimal, I-renal arter proksimal stenozu görülmektedir.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-163]

Mediastinal kist hidatik ve kritik LAD basısı: Nadir bir olgu sunumu

Abdülkadir Bilgiç¹, Burak Toprak², Metehan Uyar¹, Özgür Bayri²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Mersin

²TC. SB. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin

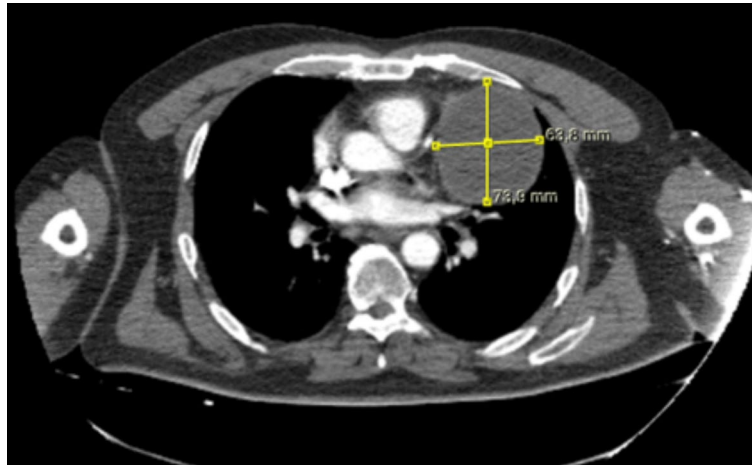
GİRİŞ VE AMAÇ: Mediasten, birçok organ ve dokunun bulunduğu bir anatomik bölgedir ve çeşitli lezyonların gelişmesine zemin hazırlayabilir. Mediastinal kitleler, genellikle kistik ya da neoplastik olabilir ve bu kitlelerin sadece %20'si primerdir. Hidatik hastalık, köpek ve diğer etçil hayvanlardan insanlara geçen *Echinococcus granulosus* ile oluşur. Kistler genellikle karaciğer ve akciğerde görülür.

YÖNTEM: Mediastinal hidatik kistleri, *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu nadir enfeksiyonlardır. Bu olgular, kardiyovasküler sistemde bası yaparak ciddi semptomlara neden olabilir. Bu olguda, ön mediastende bulunan bir kist, koroner arter üzerinde baskıya yol açmış ve sternotomi ile başarıyla çıkarılmıştır.

BULGULAR: 53 yaşında erkek hasta, göğüs ağrısı ve senkop ile acil servise başvurmuştur. Tetkiklerde, ön mediastende 8x7 cm boyutunda bir kitle saptanmıştır. Kitlenin sol ön inen arter (LAD) basısı olduğu koroner anjiyografi ile doğrulanmıştır. Median sternotomi ile kist çıkarılmış ve koroner arter üzerindeki bası ortadan kaldırılmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Mediastinal hidatik kistler nadirdir ve cerrahi müdahale, bu kistlerin tedavisinde ilk tercih edilen yöntemdir. Mediastende bulunan kistlerin doğru tanı ve tedavisi için görüntüleme yöntemleri kritik öneme sahiptir. Mediastinal kist hidatikler nadir de olsa akılda tutulmalı, erken tanı ve cerrahi müdahale ile kardiyovasküler komplikasyonların önüne geçilmelidir.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, LAD basısı, mediastinal kitle.



Şekil 1. Kitlenin bilgisayarlı tomografide görünümü ve LAD basısı.

Doktor Bildirileri - Kapak Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-167]

Koroner arter baypas greft yapılan hastada minimal invaziv transkateter mitral kapak implantasyonu

Bilge Yılmaz¹, Osman Fehmi Beyazal², Berk Durak¹, Korhan Erkanlı¹

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

²*S.B.Ü İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul*

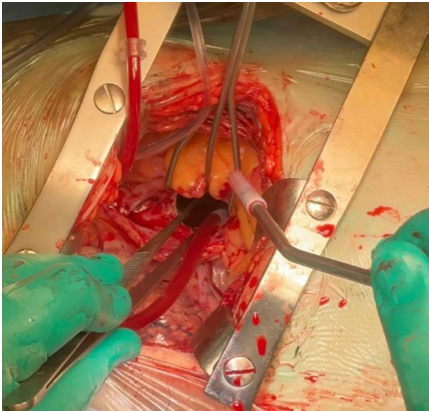
GİRİŞ VE AMAÇ: Mitral anüler kalsifikasyon (MAK), mitral kapağın fibröz tabanında görülen kronik bir dejeneratif süreçtir. Önceden koroner arter baypas greft (KABG) yapılan ve MAK ile birlikte ileri mitral darlığın birlikte bulunduğu hastalarda geleneksel cerrahi yöntemlerin dışında, yeni tekniklere ihtiyaç duyulmaktadır. Transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI) prosedüründe kullanılan kapağın mitral kapağa implantasyonu MAK olan hastalar için başarılı bir tedavi yöntemidir.

YÖNTEM: 81 yaşında erkek hasta altı aydır olan nefes darlığı ve çarpıntı şikayetiyle başvurdu. İki yıl önce KABG öyküsü mevcuttu. Transtorasik ekokardiyografide (TTE), efeksiyon fraksiyonu (EF) %65, sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) 75 mmHg, kalsifik ileri mitral darlık (maks/ortalama gradient 24/12 mmHg), orta mitral yetersizlik, orta triküspit yetersizliği saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde mitral kapakta 4 mm'ye kadar ulaşan diffüz kalınlaşma ve ciddi kalsifikasyonlar görüldü. Hastaya minimal invaziv yöntem ile ameliyat kararı verildi.

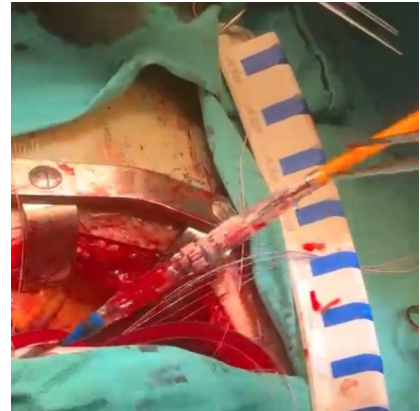
BULGULAR: Femoral arter, ven ve juguler venöz kanülasyon sonrası sağ 4. interkostal aralıktan torakotomi yapıldı. Fibrilasyon sonrası sol atriyotomi yapılarak mitral kapağa ulaşıldı ve anterior leaflet rezeke edildi (Şekil 1). 29 mm Myval (Meril Life Sciences, India) kapak, anüler kalsifikasyonun içine implante edildi (Şekil 2). Transözefageal ekokardiyografide mitral yetersizlik görülmeydi. Ameliyat sonrası kontrol TTE sonucunda EF %65, sPAB: 55 mmHg ölçüldü ve mitral yetersizlik görülmeydi. Herhangi bir komplikasyon yaşanmayan ve atriyal fibrilasyonu olan hasta rivaroksaban ile 8. günde taburcu edildi. Altı ay sonraki TTE sonucunda EF normaldi ve mitral kapakta patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu olgu sunumu, MAK ve KABG öyküsü olan hastalarda minimal invaziv yöntem ile fibrilasyon altında TAVI kapaklarının mitral pozisyonda implantasyonunun başarılı bir şekilde yapılabileceğini göstermektedir. Ancak bu konuda orta ve uzun vadeli sonuçları değerlendirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Transkateter mitral kapak implantasyonu, mitral anüler kalsifikasyon, transkateter aort kapak implantasyonu.



Şekil 1. Fibrilasyon altında sol atriyotomi sonrası mitral kapağa ulaşımın ameliyat sırası görünümü.



Şekil 2. Transkateter aort kapağın, mitral anüler kalsifikasyonun içine implante edilmesinin ameliyat sırası görünümü.

Asistan Bildirileri

[EP-169]

Abdominal aort anevrizması endovasküler stent implantasyonu sonrası erken dönem parapleji

Melike Yurttaş, Özgür Özsoy, Merve Çünürlü, Hilmi Tokmakoglu, Murat Uğur

İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Endovasküler anevrizma tamiri (EVAR) sonrası akut başlangıçlı parapleji travmatik ya da iskemiye bağlı omurilik yaralanması nedeniyle meydana gelen nadir bir komplikasyondur. Anterior omurilik iskemisi genellikle derin duyunun bozulmadığı paraplejiyle karakterizedir.

YÖNTEM: Hipertansiyon, diyabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obezite tanıları olan 70 yaşında erkek hasta acile karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Çekilen bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde (BTA) abdominal aorta düzeyinde periferik trombüs içeren yaklaşık 54 mm çapında anevrizmatik dilatasyon izlenmesi üzerine EVAR planlandı.

BULGULAR: Stent implantasyonu sonrası lomber arterlerden retrograde dolumu düşündüren endoleak saptanmadı. Ameliyat sonrası 3. günde taburcu edilen hasta ameliyat sonrası 4. günde bacaklarda güçsüzlük ve soğukluk şikayeti ile acil servise başvurdu. Üst ekstremitelerde kas gücü 5/5, alt ekstremitelerde 3/5 idi. Alt ekstremitelerde hipoestezi, idrar ve gaita inkontinansı, iki alt ekstremitelerde distalde vibrasyon algısı kaybı olan hastanın kontrol BTA'sında endoleak, stentte migrasyon izlenmedi. Beyin difüzyon manyetik rezonans (MR) ve BT görüntülemelerinde santral nörolojik patoloji izlenmedi. Spinal görüntülemelerde spinal iskemi şüphesi mevcut olması üzerine hasta hospitalize edildi, steroid tedavisi başlandı. On günlük medikal tedavi ile şikayetleri gerilemeyen hasta fizik tedavi planlanarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası 15. günde kas güçsüzlüğü kısmen devam eden hastanın gaita intolerans şikayeti geçmiş ve idrar inkontinansı devam ediyordu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Abdominal aort anevrizması stent greft implantasyonu tedavisi sonrası erken dönemde gelişen parapleji nadir olup, spinal kordun majör kanlanması renale arter distalinden orijin aldığı durumlarda görülebilecek bir komplikasyondur. Tedavisinde bilinen etkin bir yöntem olmayıp, steroid, erken dönem fizik tedavi ve beyin omurilik sıvısı (BOS) drenajı fayda sağlayabilir. EVAR sonrası orta-uzun dönemde alt ekstremitelerde gelişebilecek nörolojik semptomlar ve inkontinans durumunda spinal kord iskemisi akla getirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Parapleji, endovasküler anevrizma onarımı, evar, omurilik yaralanması.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-171]

Nadir bir klinik acil: Ventriküler serbest duvar rüptürü ile SVO'nun kesişimi

Abdülkadir Bilgiç¹, Burak Toprak², Metehan Uyar¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Mersin

²TC. SB. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut miyokart enfarktüsü (AMİ) sonrası serbest duvar rüptürü, papiller kas rüptürü, ventriküler septal defekt, psödoanevrizma ve serbest duvar rüptürü gibi mekanik komplikasyonlara neden olabilir. Türkiye'de 2023 verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar önde gelen ölüm nedenidir. Sol ventrikül serbest duvar rüptürü nadir görülmesine rağmen, kardiyembolik inme ile ilişkili olgular azdır ve literatürde sınırlı bilgi mevcuttur.

YÖNTEM: Sol ventrikül serbest duvar rüptürü, AMİ sonrası nadir fakat yüksek mortalite oranına sahip bir komplikasyondur. Trombolitik tedavi ve primer perkütan girişimlerin uygulanması, bu komplikasyonun ölümlere katkısını azaltmış, ancak erken tanı hayatta kalma şansını artırmak için kritik olmuştur. Bu çalışmada, 67 yaşındaki bir erkek hastanın subakut serbest duvar rüptürünün nadir bir komplikasyon olarak serebrovasküler olay (SVO) ile başvurduğu bir olgu incelenmiştir.

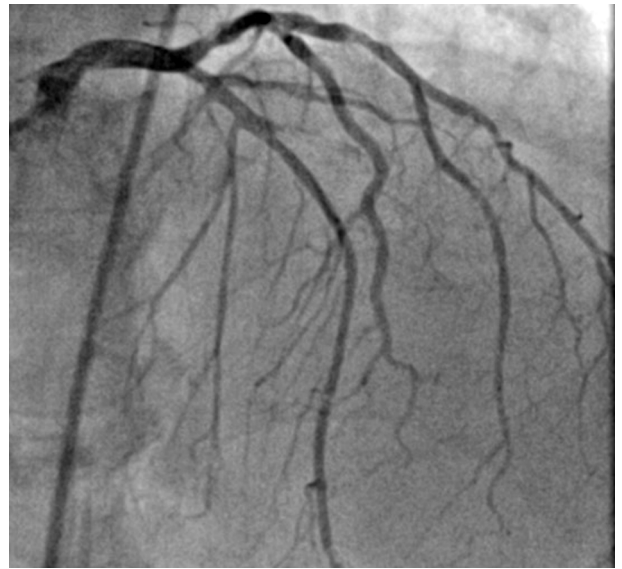
BULGULAR: 69 yaşındaki bir hasta konuşma bozukluğu ve yüz felci ile acil servise getirildi. Yapılan değerlendirmede elektrokardiyografi (EKG), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularında serbest duvar rüptürü saptandı. Perkütan koroner anjiyografi sonucunda sol sirkumfleks ve sağ koroner arterlerde daralmalar görüldü. Cerrahi müdahalede sol ventrikül rüptürü onarıldı, Dacron greft kullanılarak geniş alan kapatıldı ve kalp kası korunarak başarılı bir sonuç elde edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sol ventrikül serbest duvar rüptürü, AMİ sonrası yüksek mortaliteli bir komplikasyondur. Erken tanı ve cerrahi müdahale ile mortalite ve morbidite riski azaltılabilir. Olgumuzda başarılı bir cerrahi müdahale ve yoğun bakım süreci ile hasta sağlığına kavuşturulmuştur. Sol ventrikül rüptürü cerrahisi üzerine daha fazla randomize kontrollü çalışma gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Miyokart enfarktüsü, sol ventrikül serbest duvar rüptürü, SVO.



Şekil 1. Hastanın kontrastlı bilgisayarlı tomografi anjiyografi görüntüsü. Ekstravazasyon ve anevrizma görülmekte.



Şekil 2. Hastanın ameliyatı öncesi koroner anjiyografi görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Aort (Abdominal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-174]

Tip B intramural hematom olan hastanın medikal tedavi ile takibi

Emin Barbarus, Ahmet Kömürcü, Volkan Yuksel, Ahmet Dolapoğlu

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Balıkesir

GİRİŞ VE AMAÇ: Nonkomplike Tip B intramural hematom genellikle medikal tedavi ile takip edilmekte olup, hastamızın karşılaştırmalı bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) görüntüleri paylaşılmıştır.

YÖNTEM: Hastanın klinik ve radyolojik verileri hastane veri tabanı üzerinden alınmıştır.

BULGULAR: 70 yaşında erkek hasta. Sırt ağrısı ve sonrasında bel ağrısı başlayan hasta acil servise başvurdu. Torakoabdominal BTA görülen hasta tarafımıza danışıldı. Görüntüleme değerlendirildi. Asendan aortada 46 mm'lik anevrizmatik genişleme izlendi. Arkus aorta ve torasik aorta çevresinde kalınlığı 12 mm'ye varan yaygın mural trombüs bulguları mevcuttur. Hipertansif olan hastanın medikal tedavisi düzenlendi. Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım yatışı yapıldı. Tansiyon ve ağrı yönetimi yapıldı. Hastanın takiplerinde hemodinami stabil, vitaller olağan izlendi. Ağrısında gerileme oldu. Kontrol torakoabdominal BTA görüldü. Antihipertansif tedavisi düzenlenerek bir hafta sonra Kalp ve Damar Cerrahisi poliklinik kontrolüne çağırılarak taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde hastanın stabil olduğu, tansiyonlarının düzenli seyrettiği görüldü. Üç ay sonra tekrar kontrole çağırıldı. Kontrol torakoabdominal BTA görüntüsü görüldü. İntramural trombüsün gerilediği izlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Nonkomplike Tip B intramural hematom olgularında medikal tedavi ile takipte genellikle olumlu tedavi sonucu alınmakta olup bu olguda intramural hematoma tomografi takibinde gerilediği izlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Nonkomplike Tip B intramural hematoma, medikal tedavi.



Şekil 1. Başvuru ve 3. ay kontrol tomografi görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-175]

Bentall prosedürü sonrası nadir komplikasyonlardan sol ventrikül çıkım yolu psödoanevrizması: Olgu sunumu

İlke Keleş, Shabnam Huseynzade, Bessam Ali, Merve Doğru, Türkan Tansel

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Bentall ameliyatı, aort kökü anevrizmaları ve aort kapak hastalıkları gibi durumların tedavisinde uygulanan cerrahi prosedürdür. Aort kapağı ve aort kökünün protez greft ile değiştirilmesi amaçlanır. Bu cerrahi sonrası, enfektif endokardit gibi komplikasyonlar görülebilmekte, bu enfeksiyonlar nadiren de olsa aort kökü anevrizmasına neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda Bentall ameliyatı sonrası aort kökü anevrizmatik dilatasyonu meydana gelen hastanın yönetimi, tedavi süreci ele alınmaktadır.

YÖNTEM: Olgu 38 yaşında erkek; hipertansiyon, 13 ay önce aort diseksiyonu nedeniyle geçirilmiş Bentall ameliyatı öyküsü olan hasta akut faz reaktanlarında artış nedeniyle tetkik edilmektedir. Transözofageal ekokardiyografi (TEE) görüntülemesinde; aort kökünden başlayarak proksimal aortada, aort kapağı ve grefti çevreleyen pulsatil, anevrizmatik dilatasyon, anevrizma lümeninde fibriler yumuşak doku artığı görülmüş olup vejetasyon ihtimali ekarte edilememiştir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) görüntülemesinde aortta izlenen mekanik kapak seviyesinde heterojen tarzda, artmış fluorodeoksiglukoz (FDG) tutulumu olup protez kapak enfeksiyonu lehine değerlendirilmiştir. Kan kültüründe *Stafilokokus Epidermidis* üremesi olmuş, hastaya antibiyoterapi başlanmıştır.

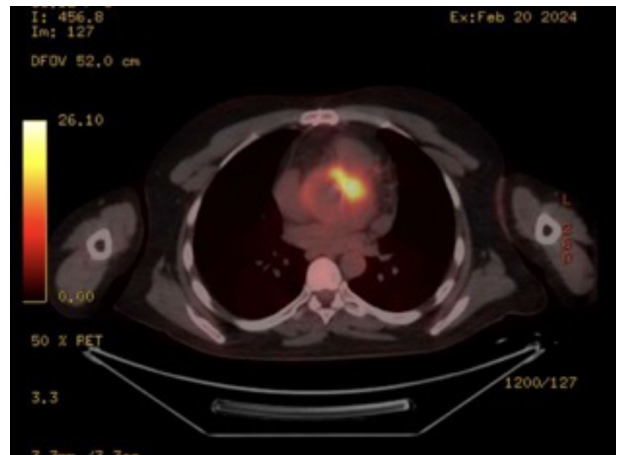
BULGULAR: Hastaya tarafımızca başarılı bir Redo Bentall ameliyatı yapıldı. Ameliyat sırasında aort kökünün sol ve sağ koroner çıkışları arasındaki bölgenin sol ventrikül çıkım yolundan tamamen ayrılarak bir poş (anevrizmatik dilatasyon) oluşturduğu görüldü. Yeni Bentall grefti yerleştirildi. Sol ventrikül çıkım yolu patch'li dikişlerle tekrardan oluşturuldu. Ameliyat öncesi gönderilen greft kültüründe *Stafilokokus Epidermidis* üremesi oldu. Hasta ameliyat sonrası dönemde kontrol kan kültürleri, ekokardiyografi (EKO) görüntülemeleri ile takip edildi. Uzun süreli antibiyoterapi sonrası şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu olgu, mortaliteyi önlemek, hemodinamik stabiliteyi korumak için enfektif endokardit ve aort kökü anevrizması olan hastalarda hızlı tanı ve tedavinin kritik önemini vurgulamaktadır. Komplike olgularda standart yaklaşım genellikle uzun süreli antibiyotik tedavisi ile desteklenen acil cerrahi tedavidir.

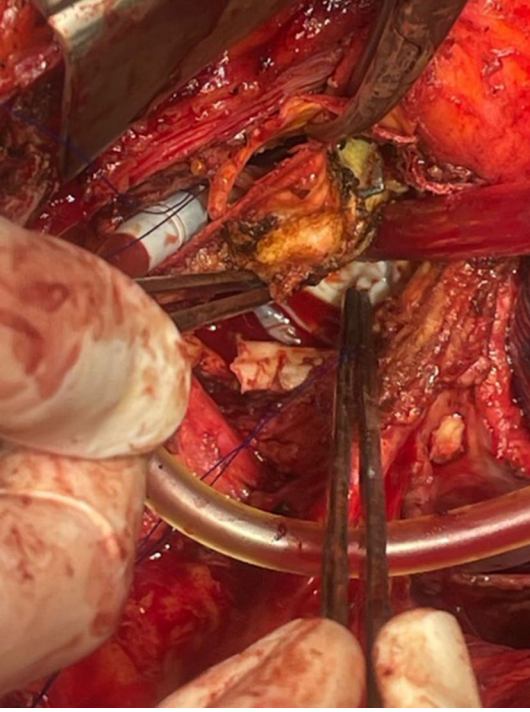
Anahtar sözcükler: Bentall ameliyatı, aort kök anevrizması.



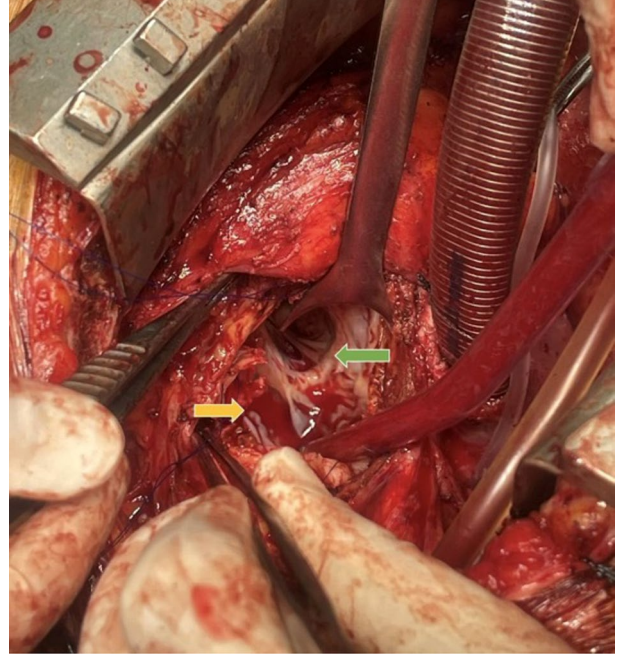
Şekil 1. Ameliyat öncesi TEE görüntüsü (aortik anulus dehissens bölgesi).



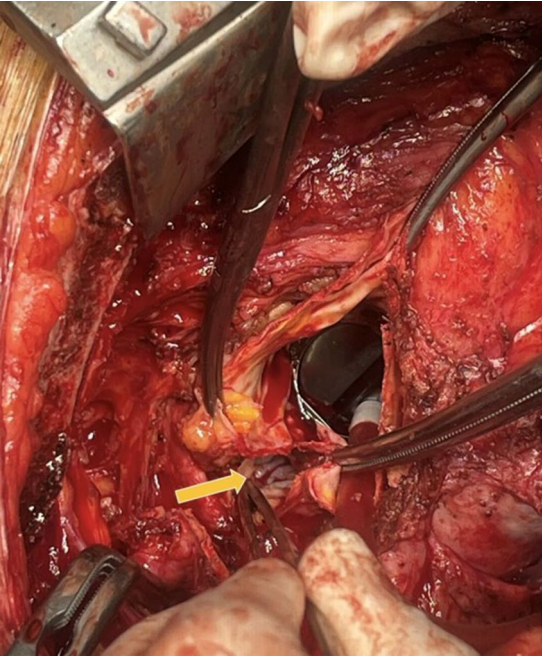
Şekil 2. Ameliyat öncesi PET görüntüsü (aort kökünde artmış FDG tutulumu).



Şekil 3. Aortik enfekte dokunun çıkarılması.



Şekil 4. Enfekte kapak eksize edildikten sonra aortik anulus (yeşil renkli ok ile gösterilmiştir) ve anevrizma kesesi (sarı renkli ok ile gösterilmiştir).



Şekil 5. Yeni kapak reimplantasyonu sonrası anevrizmatik kese görünümü.

Asistan Bildirileri

[EP-177]

Postperikardiyotomi sendromu

Pelin Eşkin, Murat Uğur, Hilmi Tokmakoglu

İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Postperikardiyotomi sendromu, kalp cerrahisinden 1-6 hafta sonra kötüleşen, yeni perikardiyal ve/veya plevral effüzyon oluşumudur. Perikardın açılmasına bağlı olarak plevral ve perikardiyal boşluktaki otoimmün enflamatuar reaksiyonun sonucunda oluşur. Perikardın açılması doku hasarı, kanama ve dört haftada çözülmesi beklenen sıvı birikimine neden olur.

YÖNTEM: Postperikardiyotomi sendromunda doku hasarı otoimmün reaksiyonu tetikler ve ameliyat sonrası 1-6 hafta içinde görülür. Sendrom, kalp cerrahisinin ameliyat sonrası geç dönemde sık görülen komplikasyonlarından biri olarak kabul edilmektedir.

BULGULAR: 57 yaş, kadın, elektif kardiyoloji kontrolünde ekokardiyografi (EKO)'de ileri aort darlığı saptanmış. Bilinen hipertansiyon, tip 2 diyabet, hiperlipidemi hastasına aort kapak replasmanı yapılmıştır. Ameliyat sonrası dönemde aldığı-çıkardığı takipleri, diüretik tedavilerine rağmen costovertebral-costofrenik sinüsler kapanmaya başlamış, anlamlı açılma olmadığı, nefes darlığı başladığından ameliyat sonrası 12. günde plörokenle seröz nitelikli plevral effüzyon boşaltılmıştır. Ameliyat sonrası 12. gün yapılan EKO'da 2 cm olmak üzere tamponand bulgusu yaratmayan perikardiyal effüzyon saptanmıştır. Ameliyat sonrası 18. gün yapılan kontrol EKO'sunda 2.5 cm tamponand yaratmayan effüzyon saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda effüzyonlara neden olabilecek enfeksiyöz, kanseröz veya sekonder başka sebep bulunamamıştır. Ameliyat sonrası 26. gün yapılan kontrol EKO'da 3.1 cm olmak üzere perikardiyal effüzyon, sağ atriyum diastolik kollaps gözlenmesi üzerine perikardiyal pencere açılmıştır. Ameliyat sonrası 31. güne kadar mediasten ve toraks drenlerinden ortalama günlük 400-600 seröz nitelikli sıvı gelmiştir. Ameliyat sonrası 36. gün drenlerden anlamlı drenaj gelmemesi üzerine drenleri çekilmiştir. Takiplerinde girişim gerektirecek effüzyonu saptanmamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hastanın takip ve tedavisi boyunca non-steroid anti-inflamatuar ilaç (NSAİ), kortikosteroid ve kolşisin tedavileri denenmiş, effüzyona yönelik en çok fayda kolşisinle görülmüştür. Açık kalp ameliyatı olan hastalarda kontrol ekokardiyografiyi cerrah, şüphelendiği noktada istemekten çekinmemelidir. Postperikardiyotomi sendromu tanısı konan hastalarda medikal tedavide çoğu cerrah tarafından kolşisine yönelim vardır. Bu olguda kolşisinin etkin tedavi yöntemi olduğunu vurgulamış olduk.

Anahtar sözcükler: Perikardiyal effüzyon, plevral effüzyon, postperikardiyotomi sendromu, tamponand.

Doktor Bildirileri - Aort (Torakal) Patolojileri ve Cerrahisi/Endovasküler Girişimler

[EP-178]

Proksimal anastomozdan rüptüre Y-greftin perkütan funnel teknik ile tedavisi

Medine Saraç, Muhammet Emin Yeniekinci, Fatih Kaan Kanber, Serhat Aydaş, Emre Kaymakcı, Levent Altınay, İlker İnce

TC. SB. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

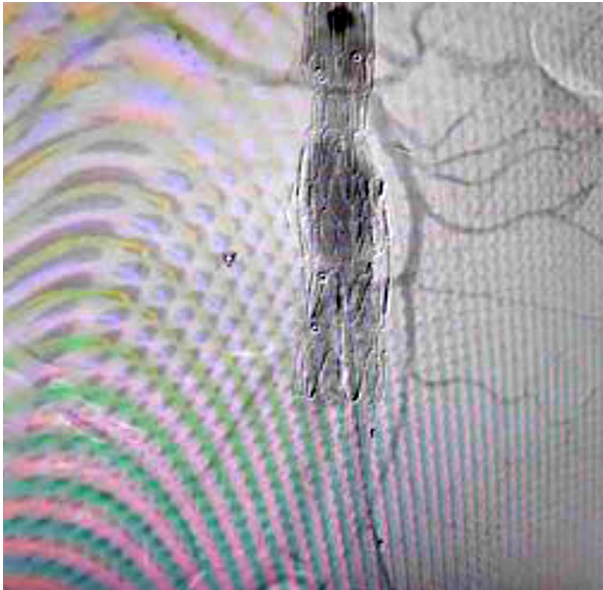
GİRİŞ VE AMAÇ: Genel durumu kötü, hostile abdomenli, genel anestezinin çok yüksek riskli olduğu rüptüre bir olguda perkütan olarak gerçekleştirdiğimiz Funnel tekniğinin sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM: Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, 10 yıl önce koroner baypas ve 14 yıl önce aorto-bifemoral baypas öyküsü olan 72 yaşındaki erkek hasta uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) ve non invazif solunum desteği almakta idi. Ağustos 2024'te acil servise düşme ve karın ağrısı ile başvurdu. Çekilen bilgisayarlı tomografi anjiyografide pulmoner tromboemboli ve Y-greft proksimal anastomozu seviyesinde rüptür tanısı ile acil işleme alındı.

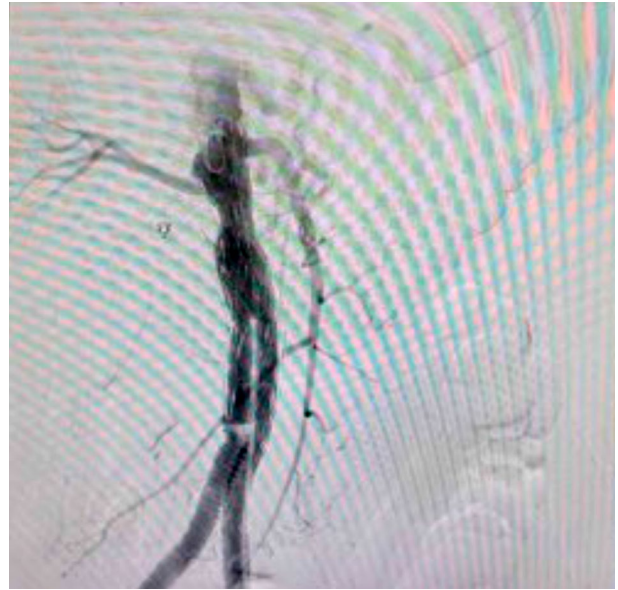
BULGULAR: Lokal anestezi altında perkütan kapama sistemi ile eski 20x10mm pantolon greftin içesine ilk olarak 20x20x60mm Ankura Lifetech torasik endovasküler aort tamiri (TEVAR) grefti sonrasında TEVAR proksimalinde native aortada infrarenal olarak 22x10x120 Ankura Lifetech endovasküler aort tamiri (EVAR) grefti TEVAR in EVAR olacak şekilde yerleştirildi. Kontrol anjiyografilerde leak ve ekstremitasyon olmadığı görüldü. Ameliyat sonrası ikinci gününde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Anestezi ve cerrahi açıdan risk faktörlerinin fazla olduğu hastalarda özeleşmiş aort cerrahisi merkezlerinde ileri endovasküler tekniklerin dahi perkütan olarak başarı ile yapılabileceği akılda tutulmalıdır.

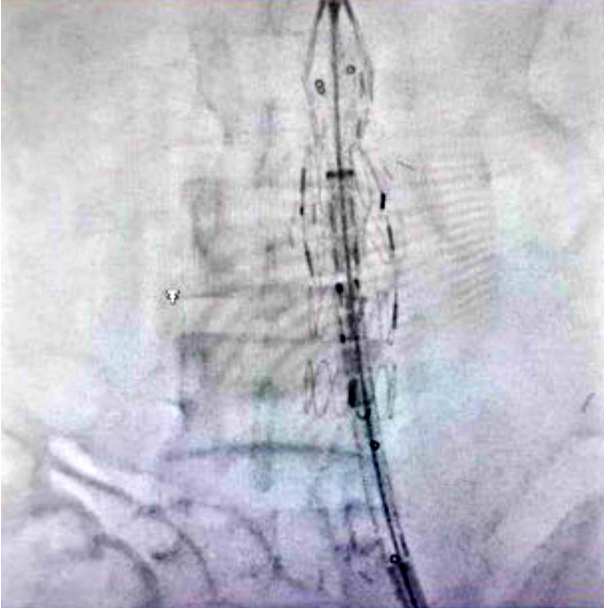
Anahtar sözcükler: Rüptüre Y greft, funnel teknik.



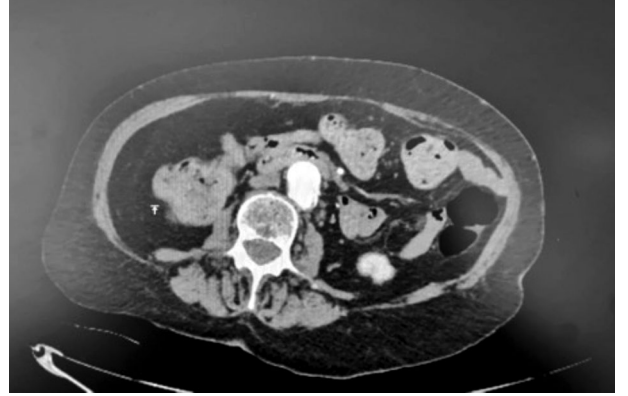
Şekil 1. EVAR sonrası görüntü.



Şekil 1. İşlem sonu görüntü.



Şekil 3. TEVAR sonrası görüntü.



Şekil 4. Y greft rüptür görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-179]

Endovasküler girişim sonrası iyatrojenik vertebral arter yaralanması

İrfan Dinler, Muzaffer Bahçivan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

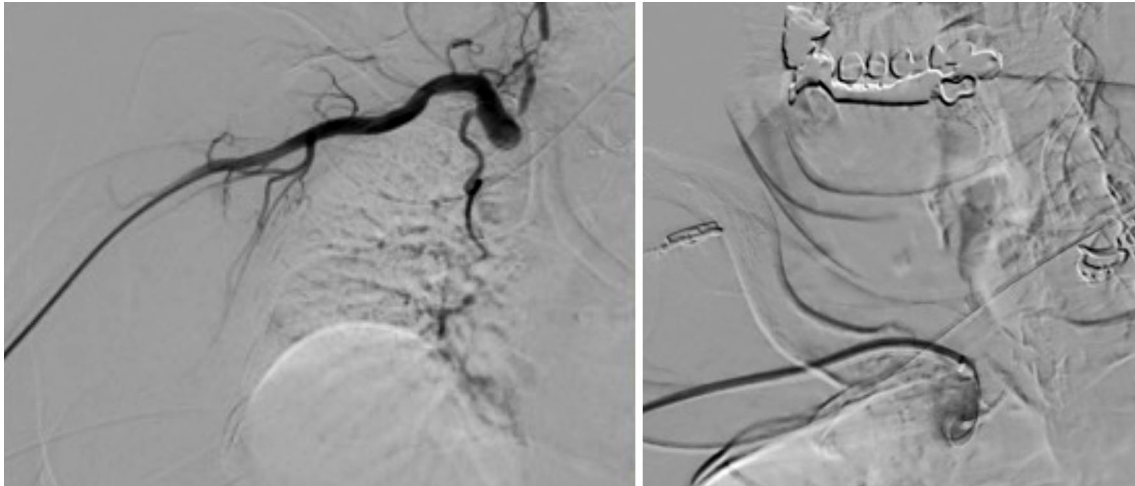
GİRİŞ VE AMAÇ: Teknolojik gelişmeler eşliğinde her geçen gün endovasküler işlem sayısı artmaktadır. Bununla beraber komplikasyon sayısı da gün geçtikçe artış göstermektedir. Bu komplikasyonlar işlem yapılan ya da hedef damarda rüptür, diseksiyon, tromboz, yabancı cisim kalması ve psödoanevrizma şeklindedir. Bu olgumuzda vertebral arter oklüzyonunda stentleme yapılan hastanın stentinin subklavian arterde açılması sonrası oluşan subklavian arter diseksiyonuna yaklaşımımızı sunmayı hedefledik.

YÖNTEM: Girişimsel nöroloji tarafından sağ vertebral arter oklüzyonu nedeni ile stentleme yapılan 62 yaşında kadın hasta işlem esnasında stentin subklavian arterde erken açılması sonrası stentin çıkarılması hedeflenerek acil ameliyata alındı.

BULGULAR: J sternotomi yapılarak arcus aorta ve innominate ven eksplore edildi. Truncus brachiocephalicus bulundu ve askıya alındı. Üzerindeki kas ve yumuşak dokular diseke edilerek sağ subklavian artere ve vertebral artere ulaşıldı. Vertebral arterin proksimali ve orijin aldığı subklavian arterin 2 cm'lik segmentinde adventisyial doku altında hematoma olduğu görüldü. Arterin salim kısımları kontrol altına alınarak leze segment açıldı. İntima tabakasında hasarlanma olduğu ve stentin deforme olduğu görüldü. Leze segment rezeke edildi. Arterler onarıma uygun değildi. Vertebral arter ligatüre edildi. Subklavian arterin sağlam olan distal ve proksimal uçları arasında 8mm PTFE greft ile baypas gerçekleştirildi. Ekstremitenin beslenmesi sağlandı. Ameliyat sonrası ikinci saatte ekstübe edilerek bilinç durumu takip edildi. Ameliyat sonrası birinci gün sağ brakial artere embolektomi yapıldı. Ekstremitelerde iskemik bulgu olmadı. İki günlük yoğun bakım takibi sonrası hasta nöroloji yoğun bakıma transfer edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Günümüzde giderek artan endovasküler girişim sayısı beraberinde iyatrojenik damar yaralanması insidansını artırmaktadır. Nadir görülen damar yaralanmalarını daha sık görmekteyiz. Erken ve planlı bir cerrahi işlem ile komplikasyonların kötü sonuçları minimize edilebilir.

Anahtar sözcükler: İyatrojenik vertebral arter yaralanması.



Şekil 1. Endovasküler işlem görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Periferik Arter Hastalıkları ve Cerrahisi/Perkütan Girişimler

[EP-180]

Artroskopi sonrası arteria dorsalis pedis'te psödoanevrizma: Nadir bir olgu

Emin Barbarus, Ahmet Kömürcü, Volkan Yuksel, Ahmet Dolapoğlu

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Balıkesir

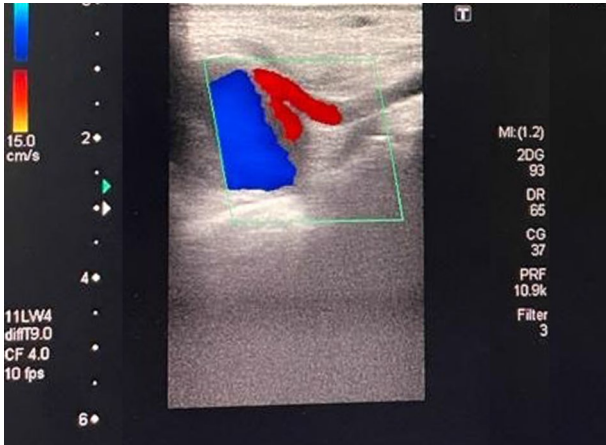
GİRİŞ VE AMAÇ: Psödoanevrizma öncelikle femoral arter ponksiyonu gibi anjiyografik işlemler sonrası görülmekte olup olgumuzda görüldüğü gibi nadiren artroskopi sonrası da görülebilmektedir.

YÖNTEM: Hasta verileri hastane veritabanından alınmıştır.

BULGULAR: 40 yaş erkek hasta bir ay önce yapılan artroskopi işlemi sonrası ayak bileğinde şişlik ve ağrı şikayeti nedeniyle kliniğimize danışıldı. Tarafımızca yapılan muayenede ayak bileğindeki şişliğin pulsatil olması üzerine yapılan Doppler ultrasonografi (USG)'de psödoanevrizma kesesi görüldü. Hastanın ayak bileği distalinde iskemi bulgusu gözlenmedi. Çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografide sağ ayak bileği anteriorunda a.dorsalis pedise uyan lokalizasyonunda ekstrasvazasyon ile uyumlu lineer hiperdansite izlenmiştir. Bu seviyede komşu yumuşak doku ve kas planlarında ödem ve ayak bileği anterior kesimde yüksek dansiteli sıvı koleksiyonu izlenmiştir. Hastanın yapılan renkli Doppler ultrasonu (RDUS) incelemesi ile korele edildiğinde bu seviyede yaklaşık 2 cm çapında psödoanevrizma ile uyumlu görünüm izlenmiştir. Hasta bu bulgularla ameliyata alındı. Sağ ayak bileği psödoanevrizma kesesi üzeri longitudinal eksende açıldı. Fasyanın altında arteria dorsalis pedis bulundu ve distal proksimal damar kontrolü sağlanmasıyla ayak sırtında anevrizma kesesi açıldı. Hematomlar boşaltıldı. Arter posterior yüzden geniş segment rüptüre olması üzerine bu segment yaklaşık 1 cm eksize edildi. Arter distal proksimal uçları uç uca anastomoz edildi. A. Dorsalis pedis distal akımı sağlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hastanın işlem sonrası takiplerinde ağrı şikayeti gerilemiş olup distal perfüzyon olağan olarak takibe devam edilmektedir. İnvasiv işlemler sonrası muayenede saptanan pulsatil şişlikler mutlaka değerlendirilmeli ve anevrizma açısından ileri inceleme yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Arteria dorsalis pedis, psödoanevrizma, artroskopi.



Şekil 1. Doppler USG'de görülen posterior duvarda psödoanevrizma kesesi.



Şekil 2. Ameliyat öncesi ayak bileği görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-181]

Nörofibromatozis tip-2 tanılı olguda insidental olarak saptanan kardiyak kitleye yaklaşım

Dilek Erdinli, Sedat Karaca, Ümit Kahraman, Cagatay Engin, Tahir Yagdi, Mustafa Ozbaran

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

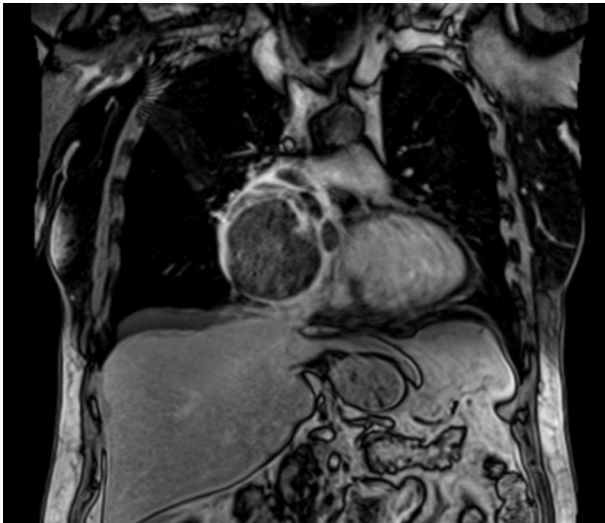
GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyak tümörler nadir görülen tümör çeşididir. Metastatik kardiyak tümörlerin sıklığı primer kardiyak tümörlere göre daha yüksek olmakla birlikte yine de nadirdir. Bu yazıda, Nörofibromatozis (NF) tip 2 tanılı, aktif şikayeti olmayan manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde kardiyak yerleşimli kitle saptanması üzerine ameliyat edilen olgunun sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 59 yaşında, NF tip 2 tanılı erkek hasta feokromasitoma nedeniyle ileri inceleme için MR çekildiğinde parakardiyak kitle saptanması üzerine ameliyat planıyla yatırıldı (Şekil 1). Ameliyat öncesi hazırlıklarının tamamlanması sonrası hasta ameliyata alındı. Median sternotomi yapıldı. Kitlenin sağ atriyum, vena kava superior ve sağ ventriküle yapışık olduğu görüldü. Ameliyat sırası yapılan transözofageal ekokardiyografi (TEE) görüntülemesinde sınırları düzenli, içi kistik ve hifli yapıda 11x10 cm boyutunda kitle izlendi. Kitle içi aspirasyon sonrası TEE görüntülemesinde kitlenin 5x6 cm boyutlarına gerilediği ve çevre dokulara invaze olmadığı gözlemlendi. Ön planda kitlenin intrakardiyak yerleşimli olmadığı düşünüldü. Yapışıklıklar koter, künt diseksiyon ile giderildi ve kitle yapışık olduğu dokulardan tamamen eksize edilip patolojik değerlendirmeye gönderildi (Şekil 2). Kardiyopulmoner baypas ihtiyacı olmadı. Ameliyat sonrası TEE'de kitle izlenmedi. Hastanın ameliyat sonrası dönemi sorunsuz tamamlandı ve hasta şifa ile taburcu edildi. Kitlenin patolojik incelemesinde immünohistokimyasal panelde hücre kökenine ilişkin net yorum yapılamamakla birlikte sitokeratin 5-6 ve PHH3 ile mitotik indeksi görülmemesi üzerine proliferasyonun benign ağırlıklı olduğu düşünülmüş olup hastanın ilgili branşlarca takibi devam etmektedir.

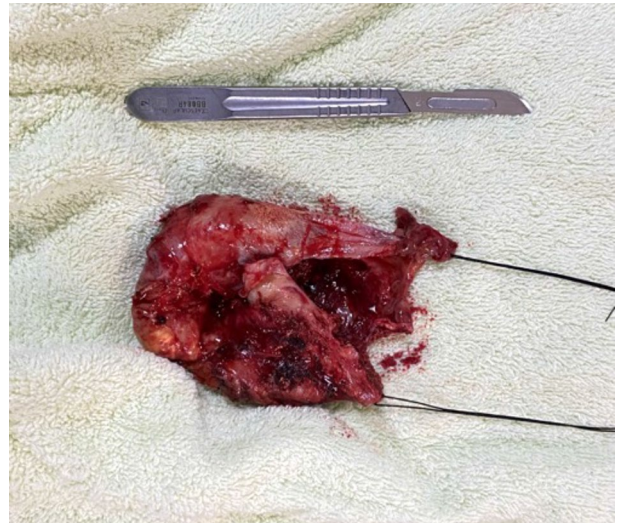
BULGULAR: Kardiyak tümörler klinik pratikte nadir görülmektedir. Genellikle asemptomatik seyrederler. Gelişen kardiyak görüntüleme yöntemleri (ekokardiyografi, BT, MRG ve PET), kardiyak tümörlerin tanısında önemli bir rol oynar.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu olgularda görüntüleme tekniklerinin tanı sürecinde gecikme olmadan ameliyat öncesi strateji belirlenmesinde rol aldığı ve cerrahi başarıya katkı sağlayacağı unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Nörofibromatozis tip-2, kardiyak görüntüleme yöntemleri, kardiyak tümör.



Şekil 1. Kitlenin koronal kesitteki MR görüntüsü.



Şekil 2. Rezeke edilen kitlenin karşılaştırmalı görüntüsü.

Asistan Bildirileri

[EP-182]

Dekstrokardili hastalarda mitral kapak deplasmanına yaklaşım

Aytuğ Yongacı, Buket Serim

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

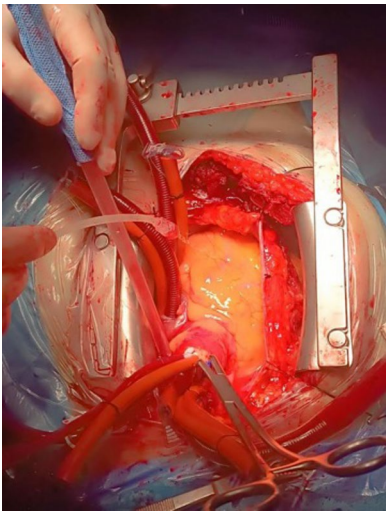
GİRİŞ VE AMAÇ: Dekstrokardi, kalbin majör aksının sağ tarafa yöneldiği, herhangi bir patolojik itme/çekme olmaksızın oluşan konjenital malpozisyonudur. Genellikle diğer kompleks kardiyak malformasyonlar ile birlikte görülür. Hastaların %37'sinde situs inversus, %33'ünde situs solitus ve %30'unda izomerizm görülmektedir. Bu tip hastalarda KAH insidansı normal popülasyondan farklı olmamakla birlikte, literatürde kapak patolojisi insidansı ile ilgili çalışma bulunmamaktadır.

YÖNTEM: 55 yaşında erkek hasta efor dispnesi şikayeti ile kardiyolojiye başvurdu. Ekokardiyografide ileri MY ve orta TY görülmesi üzerine cerrahiye yönlendirildi. Ameliyat öncesi dönemde PAAC görüntülemesinde dekstrokardi görülmesi üzerine toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) görüntülemesi yapıldı. Ek kardiyak patolojiye rastlanmadı.

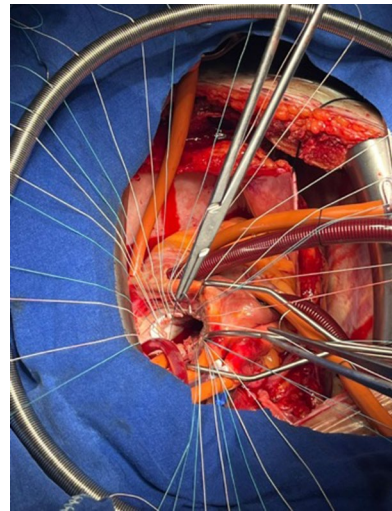
BULGULAR: Primer cerrah hastanın sağında iken perikard açıldı. Situs inversus totalis olduğu görüldü. Venöz dönüş anomalisine rastlanmadı. Arteriyel ve çift venöz kanülasyon uygulandı. Yöntem olarak sağ atriyotomi kullanıldı. İntraatriyal septum açıldı. İleri yetersizlik gösteren dejeneratif mitral kapak p1 ve p3 leafletler ve chordaları korunarak eksize edildi. 27 numara mekanik mitral kapak yerleştirildi. Septum kapatıldı. Kalp boşluklarının havası boşaltıldı, triküspit kapakta dilatasyon olduğu ve iyi koapte olmadığı görüldü. De Vega annuloplasti yapıldı. Hasta yoğun bakıma interne edildi. Ameliyat sonrası 8. günde taburcu edildi. 4. ayında yapılan kontrol ekokardiyografide fonksiyone mekanik mitral kapak görüldü, ek kardiyak patoloji görülmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İleri mitral yetmezlik sebebiyle replasman ameliyatı yapılan dekstrokardili hastalarda venöz dönüş anomalilerine rastlanabileceğinden, örneğin situs inversus durumunda interrupted VC görülebileceğinden kanülasyon planlanması açısından ameliyat öncesi dönemde BTA görüntülemesi yapılabilir, gerektiği durumlarda femoral kanülasyon kullanılabilir. Mitral kapak replasmanında yaklaşım olarak sol atriyotomi veya sağ atriyotomiye takiben intraatriyal septumdan atriyum çatısına açılan insizyon ile mitral kapak ekspozite edilebilir. Kapağa yaklaşım açısından primer cerrahın kanülasyon sonrası hastanın sol tarafına geçmesi sıklıkla önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Dekstrokardi, situs inversus totalis, mitral kapak deplasmanı.



Şekil 1. Dekstrokardili hastalarda kanülasyon.



Şekil 2. Dekstrokardili hastalarda mitral kapak deplasmanı.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-183]

Koroner baypas sırasında heparin direnci olan hastanın yönetimi

Medine Saraç, Sertan Özyalçın, Ferit Çiçekçioğlu, Mustafa Seren, Emrah Küçük kara, Gül Şener

TC. SB. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner baypas cerrahisi (KABG) sırasında nadir bir klinik durum olarak görülmekte olup, cerrahi sırasında ortaya çıkan heparin direnci olan bir vakamızı ameliyat sırası ve sonrasında yönetimiyle ilgili tecrübemizi paylaşmaktır.

YÖNTEM: 44 yaş erkek, bilinen hipertansiyon ve koroner arter hastalığı tanısı ile stent öyküsü bulunan hasta acil servise göğüs ağrısı ile geldi. Hastanın NON-STEMI tanısı ile koroner anjiyografisinde sol ana koroner arter (LMCA) normal, sol ön inen arter (LAD) osteal %100 tıkalı retrograd dolumu mevcut, Cx mid %90, sağ koroner arter (RCA) stent açık olarak görüldü. Üç damar (LAD, diagonal, Cx) KABG kararı alınmıştır. Hastanın ameliyatı öncesi dönemde INR: 0.98, PTZ: 9.2, APTT: 22.7, HB: 14.7, PLT: 172.000 olup normal sınırlarda, görüntüleme teknikleri normaldi. Ameliyatı öncesi dönemde ASA 100 mg dışında herhangi bir antikoagülan, antiagregan kullanım öyküsü yoktu.

BULGULAR: Ameliyata alınan hastaya kardiyopulmoner baypasa girmek için 300 ünite/kg heparin verildi. İstenen ACT değerine ulaşılammıştır. Tekrarlayan doz heparin ayrıca antitrombin-3 eksikliği düşünülerek aralıklı 3 ünite taze donmuş plazma verildi. Toplam 800 bin ünite heparin, 3 ünite taze donmuş plazma verilmesine rağmen ACT değeri 130'un üzerine çıkmaması üzerine hastada heparin direnci olduğu düşünüldü, hastaya atan kalpte cerrahi işleme karar verildi. Hastaya sol internal meme arteri (LIMA)-LAD, Aort-Safen-Diagonal baypasları yapılmış olup, Cx lezyonu için kardiyolojiye cerrahi sonrası stent için yönlendirilme kararı alındı. Ameliyat sonrası takiplerinde hastanın koagülasyon faktörleri laboratuvarında çalışıldı normal aralıklarda geldi. Hastanın takiplerinde sorun olmadı, şifa ile taburcu oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Koroner baypas cerrahisinde yeterli dozda heparin verilmesine rağmen istenilen ACT değerine ulaşılmadığında hastaya atan kalpte KABG ve stent tekniği hibrit yöntem olarak faydalı olabileceği görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Koroner baypas, heparin direnci.

Asistan Bildirileri

[EP-184]

Endovasküler müdahale ve epidermal büyüme faktörü kombinasyonu ile pregangrenöz lezyonlarda tam iyileşme

Seymur Kerimoğlu, Haluk Çağlar Karakaya, Hilmi Tokmakoglu, Murat Uğur

İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Periferik arter hastalığı (PAH), majör arterleri tutabilir ve tedavi edilmemesi halinde ciddi komplikasyonlar eşlik edebilir. İntermittant kladikasyondan gangrenöz lezyonlara kadar uzanan semptomlarla hastanın yaşam kalitesini etkiler. Kritik bacak iskemisi ve uzuv kaybını önlemek için erken ve etkili tedavi çok önemlidir. Bu çalışmada pregangrenöz lezyonları olan bir hastaya kombine endovasküler ve medikal yaklaşımı sunuyoruz.

YÖNTEM: 55 yaşında erkek hasta, üç haftadır devam eden istirahat ağrısı, pürülan yara ve alt ekstremité distalinde renk değişikliği şikayeti ile Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvurdu. İnsülin bağımlı diyabet ve hipertansiyon tanıları olan hastanın lezyonları pregangrenöz özellikte olup bilgisayarlı tomografik anjiyografide (BTA) bilateral yüzeysel femoral ve krural arterlerde ciddi stenotik lezyonlar görüldü. Tarafımıza konsülte edilen hastaya endovasküler işlem planlandı ve üç gün arayla iki seansta hem yüzeysel femoral arterlere (SFA), popliteal arterlere hem de posterior tibial arterlere (PTA) atarektomi ve ilaçlı balon anjiyoplasti uygulandı. Revaskülarizasyondan sonra rekombinant insan epidermal büyüme faktörü (rhEGF), pregangrenöz yaraların çevresine enjekte edildi. Pregangrenöz yara sınırlarına üç gün arayla 5 doz rhEGF enjeksiyonu uygulandı. Hasta 15 günlük medikal tedavi sonrasında silostazol, klopidoğrel ve asetilsalisilik asit tedavisiyle taburcu edildi. Taburculuktan iki hafta sonra hastanın kladikasyo ve pürülan akıntı şikayetleri geçmiş olup pregangrenöz yaralarda belirgin iyileşme gözlemlendi.

BULGULAR: Geliş şikayetleri arasında başlıca renk değişimi ve ayak yaralarında pürülan akıntı mevcut idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Periferik arter hastalıklarına rhEGF ve endovasküler/cerrahi müdahale dahil olmak üzere kombine yaklaşımla pregangrenöz lezyonlarda dramatik iyileşmeler görülebilir. Endovasküler prosedürlerle kombine edilmiş rhEGF tedavisinin, periferik arter hastalığına bağlı morbidite oranlarında azalmaya yol açabileceğine inanıyoruz.

Anahtar sözcükler: Pregangrenöz, rekombinant insan epidermal büyüme faktörü, rhEGF, endovasküler.



Şekil 1. Hastanın tedavi öncesi pregangrenöz lezyonları.



Şekil 2. Endovasküler girişim ve rhEGF enjeksiyonu sonrası pregangrenöz yaralarda tam iyileşme.

Asistan Bildirileri

[EP-185]

Sağ subklavian arter izolasyonu olgusu

Nazlı Melis Coşkun Yücel, Mertcan Dinççağ, Şafak Alpat, Rıza Doğan

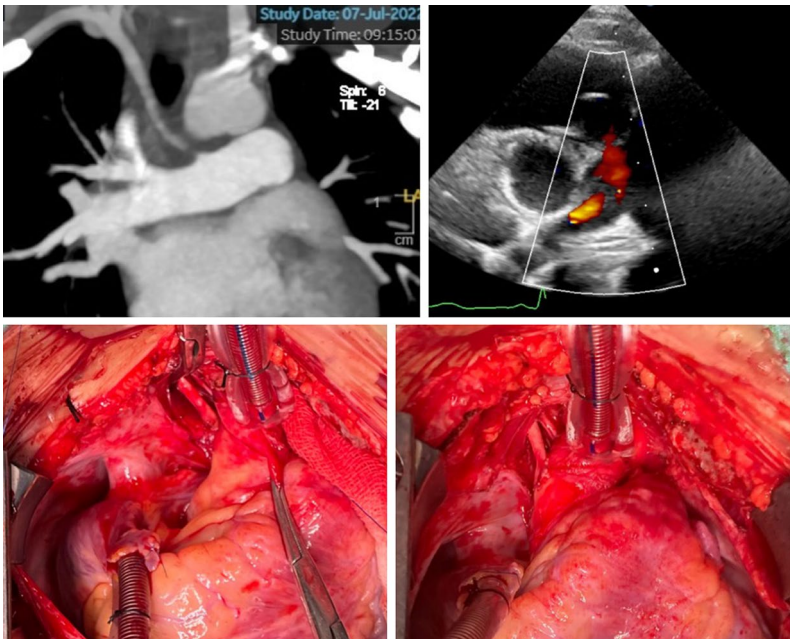
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

İzole sağ subklavyen arter anomalisi (RSCA), nadir rastlanılan aortik ark patolojilerinden biri olup, sıklıkla TGA'nın eşlik ettiği bir konjenital bir anomalidir. Kliniğimize sağ kolda ağrı ve güçsüzlük şikayetiyle başvuran hastada saptanan ve nadir görülen bir anomali olan RSCA izolasyonu olgusunu sunuyoruz.

Yedi yaşındaki Di George sendromu tanılı hasta sağ kolda ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan ekokardiyografide küçük atrial septal defekt (ASD)'i, patent duktus arteriozus (PDA)'su olduğu görüldü. Sağ pulmoner arterde görülen jet akımın koroner fistüle ait olabileceği düşünüldü. Hastaya yapılan BTA'da koroner arteriyel fistül gözlenmeyip, sağ subklavyen arterin sağ pulmoner arter çıkışının 1 cm distalinden köken aldığı gözlemlendi. Hastanın semptomatik olması nedeniyle cerrahi kararı alındı. Hasta ameliyata alınarak PDA'sı divize edildi. Sağ pulmoner arterden eksize edilen RSCA ise asendan aortun sağ tarafına uç yan anastomoz edildi. Hastanın kontrollerinde şikayetleri geriledi.

"Subklavyen arterin izolasyonu" terimi, aort ile subklavyen arter arasındaki sürekliliğin kaybolmasını ifade eder. Bu durumda pulmoner arter, patent, kısıtlı veya kapalı bir duktus arteriozus aracılığıyla subklavyen artere bağlanır. Genellikle sol subklavyen arter (LSCA) etkilenir ve aortik ark malformasyonları veya intrakardiyak durumlarla ilişkilidir; en sık olarak Fallot tetralojisi ile bağlantılıdır. Bu durum aortik arkın karşı tarafında sürekli olarak gözlemlenir. Sağ aortik arkı olan olguların yalnızca %0,8'inde LSCA izolasyonu görülür; bu, genel popülasyonda sıklığı sadece %0,05 olan son derece nadir bir defektidir. RSCA izolasyonu ise LSCA izolasyonundan dört kat daha az sıklıkta görülür ve D-TGA ile birlikte sıklıkla görülür. Kompleks konjenital olgulara eşlik etmeyen RSCA izolasyonu ise çok daha nadir görülmektedir. Tedavisinde RSCA'de basınç düşüklüğü nedeniyle gelişen kolda güçsüzlük, kas kaybı ve ağrı gibi semptomlar göz önünde bulundurulmalıdır. İzole anomalilerde RSCA'nı aortaya direk veya greft aracılığıyla anastomozu uygulanabilecek kolay tekniklerdir.

Anahtar sözcükler: Sağ subklavian arter izolasyonu.



Şekil 1. Sol üst: BTA'da RSCA'nın pulmoner arter ile bağlantısı. Sağ üst: EKO'da izlenen jet akım. Sol alt: Divizyon öncesi RSCA. Sağ alt: Anastomoz sonrası RSCA.

Asistan Bildirileri

[EP-186]

Elde iskekiye neden olan yüksek debili arteriyovenöz fistülün Teflon felt ile onarımı; Olgu Sunumu

Fuat Ahmet Bilyay, Kadir Kaan Özsin, Umut Serhat Sanrı, Hakan Özçelik, Faruk Toktaş, Şenol Yavuz

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ: Kronik renal yetmezlikli (KRY) hastalarda hemodiyaliz (HD) için gerekli damaryolu erişimi amacıyla arteriyovenöz fistül (AVF) güvenli bir yöntem olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Fistül ameliyatı arteriyel sistem üzerinde kısa devre etkisi yaparak ele giden kan akımının azalmasına yol açar.

YÖNTEM: 59 yaş erkek 3/7 HD alan hasta. dört yıl önce koroner arter baypas greftleme (KABG) ve mitral kapak replasmanı (MVR) ameliyatı öyküsü mevcut. İki yıl önce sol kol brakiosefalik fistül açılması takiben altı ay sonrasında AVF bölgesinde genişleme olmaya başlamış. Altı aydır uyuşukluk ve kolu kullanmakla ağrı hissi mevcut. Hemodiyaliz sonlarına doğru elde morarma oluyormuş. Muayenesinde yüksek debili AVF mevcut, radial arter nabızı el Doppleri ile alınmaktaydı (AVF anevrizmatik segment el ile komprese edildiğinde radial nabız palpe edilebilir hale geliyordu).

BULGULAR: Distale akımı artırmak ve fistül onarım amacıyla ameliyat edildi. LA ve sedasyon altında sol brakial bölge AVF üstü açıldı. Brakial arter ve sefalik ven anastomozu görüldü. Venöz yapı ileri derece anevrizmatikti. Anastomozun hemen distalindeki sefalik ven Satinsky klemp altında iki taraflı Teflon felt kullanılarak plike edildi. Venöz anevrizma daraltıldı. Arteriyel yapıdan kan akışı arttı. Bu aşamada distalde radial arter palpe ediliyor ve AV fistül üzerinde trill alınıyordu. Ameliyat sonrası servis takiplerinde radial arter nabızı palpabl, AVF üzerinde trill mevcuttu. Ek komplikasyon görünmeyen hastada ameliyat sonrası üç gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İskeminin sebebi yüksek fistül debisine bağlı distal perfüzyon basıncının düşmesi ise fistül akımını azaltıcı ameliyatlar uygulanmalıdır. Bu ameliyatlarda amaç fistülü korumak ve iskekiye ortadan kaldırmak olmalıdır.

Anahtar sözcükler: Arteriovenöz fistül, iskeki.



Şekil 1. Side klemp altında teflon felt ile plike edilmesi.



Şekil 2. Plikasyon sonrası görünüm.

Asistan Bildirileri

[EP-189]

Kardiyak kist hidatik cerrahi eksizyonu; Nadir bir olgu sunumu

Kadir Kaan Özsin, Faruk Toktaş, Umut Serhat Sanrı, Fuat Ahmet Bilyay, Senol Yavuz

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyak kist hidatik, ekinokok enfeksiyonunun çok nadir bir komplikasyonudur. Hastalık asemptomatik seyredebilir. Ani kardiyak ölümlere yol açabileceğinden cerrahi müdahale gerekir. Bizde sol ventrikül lateral duvar komşuluğunda hidatik kist bulunan olguyu sunmak istedik.

YÖNTEM: 52 yaşında erkek hasta rutin kardiyoloji kontrolleri esnasında yapılan ekokardiyografide sol ventrikül lateral duvar komşuluğunda perikart ve miyokardı içine alan kistik düzgün sınırlı içine akım almayan kitle saptandı. EF %50 olarak değerlendirilip kapak kusuru saptanmadı. Koroner anjiyografisi planlanan hastada koroner arterlerde plak saptandı. Hastada kitle eksizyon cerrahisi amaçlı kardiyoloji kliniğinden devir alındı.

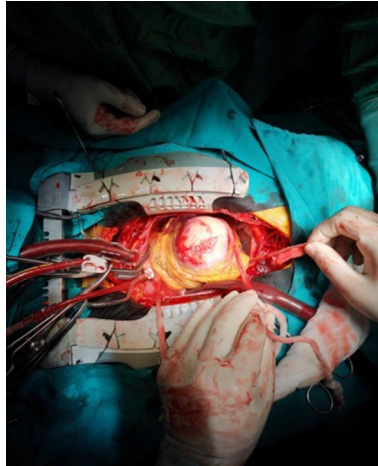
BULGULAR: Hasta kitle eksizyonu amacıyla ameliyat edildi. Genel anestezi altında median sternotomi ile mediastene ulaşıldı. Klasik kanülasyonla pompaya girildi. Sol ventrikül lateral duvarında bulunan 5x7 cm'lik üzeri kalsifik kitle eksize edildi. Sol ventrikül Teflon felt ile onarıldı. Kalp spontan çalıştı. Pompadan sorunsuz çıkıldı. Kanama kontrolü sonrası mediastene ve sağ hemitoraksa tüp dren konularak katlar anatomik uygunlukla kapatıldı. Ameliyat sonrası iki gün yoğun bakım ünitesinde, üç gün serviste takip edilen ek komplikasyon görülmeyen hasta postop 5. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kardiyak kist hidatiğin özel bir klinik tablosu yoktur. Bununla birlikte kardiyak kist hidatikte büyümüş kistin koroner arterlere, kalbin ileti sistemine ve kalp içi boşluklara basısı ile de miyokart enfarktüsü, ventriküler aritmiler, ani kardiyak arrest ve akciğer ödemi gibi hayatı tehdit eden komplikasyonları gelişebilmektedir. Nadir olarak görülen kardiyak kist hidatik olgularında cerrahi gerekmektedir.

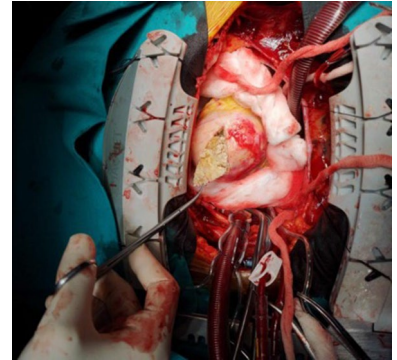
Anahtar sözcükler: Kardiyak kist hidatik.



Şekil 1. Ameliyatı öncesi akciğer grafisi.



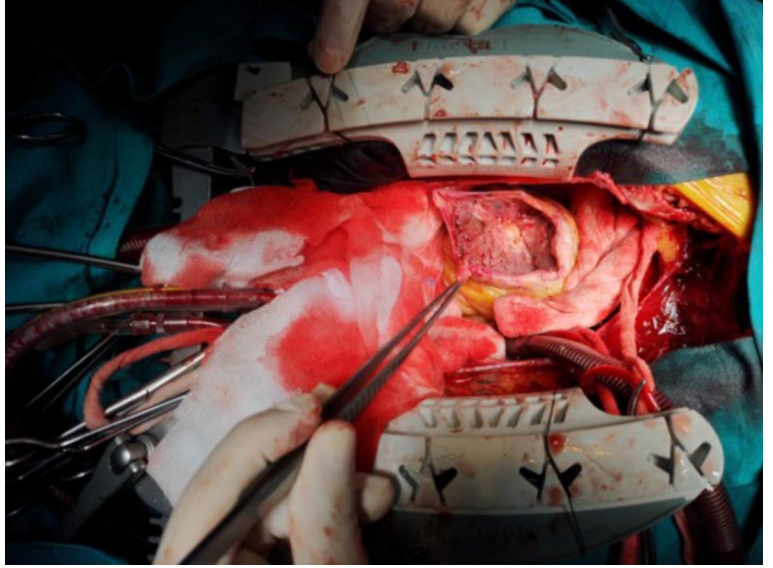
Şekil 2. Kardiyak kist hidatiğin görünümü.



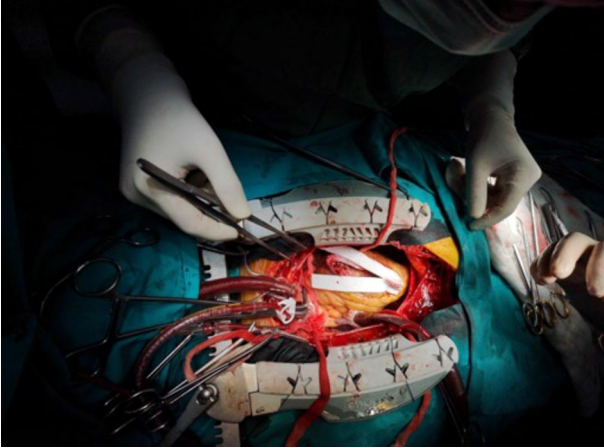
Şekil 3. İçi kalsifik kist hidatik.



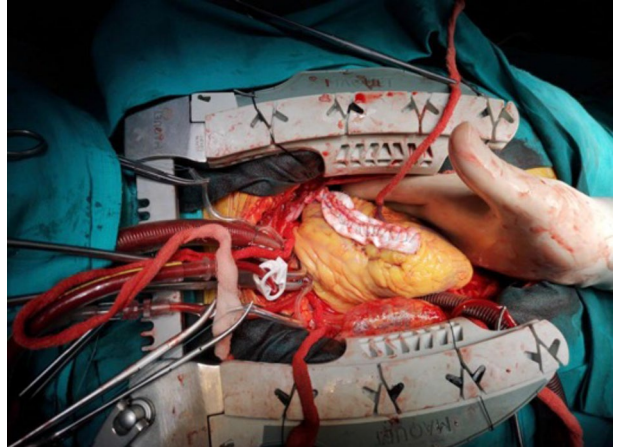
Şekil 4. Kist hidatik eksizyonu.



Şekil 5. Eksize edilmiş hali.



Şekil 6. Teflon felt ile onarımı.



Şekil 7. Teflon felt ile onarımı 2.

Asistan Bildirileri

[EP-192]

Perifer arter hastalığında stente sekonder hematoma basısı sonucu gelişen hidronefroz

Abdullah Turgut, Mustafa Cüneyt Çiçek, Abdullah Güner, Hüseyin Durmaz, Önder Yağmur, Kadir Durgut

T.C. S.B. Konya Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Konya

GİRİŞ VE AMAÇ: Alt ekstremité arterlerinin ateroskleroza periferik arter hastalığı olarak tanımlanır. Etiyolojisinde ileri yaş, sigara içme, diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, aile öyküsü ve genetik faktörler, ateroskleroz, kronik böbrek hastalığı bulunabilir. Bu sunumda perifer arter hastalığı olan iliyak arterde oklüzyonu bulunan, girişimsel radyoloji tarafından stent uygulaması yapılan sonrasında iliyak arter etrafında üretere bası yapan iliyak hematoma başarılı cerrahi müdahale anlatıldı.

YÖNTEM: Alt ekstremité ağrısı ile acile başvuran 60 yaş erkek hasta. Bilinen perifer arter ve koroner arter hastası. Öyküsünde sol iliyak arterde stent olduğu öğrenildi. Distal nabızları nonpalpabl olan hastaya bilgisayarlı tomografi anjiyografi istendi.

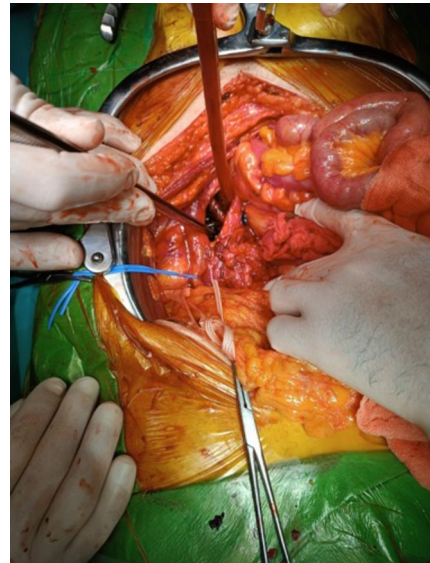
BULGULAR: Yapılan görüntüleme sonucu her iki iliyak arter proksimal kesimde kısa segmentli total oklüde, Sol ana eksternal ve internal iliyak arterde kontrast dolumu yok. Sol ana femoral arterden itibaren kontrast dolum izlenmiş olup sağ ana iliyak distalinde, eksternal ve internal iliyak arterlerde lümende kontrast dolumu izlenmiştir. Sol ana iliyak arter komşulupunda ileopsoas kası düzeyinde 100 x50 mm boyutlarında yumuşak doku dansitesinde lezyon odağı izlendi. (Hematom? Kitle lezyon?). Hematoma sekonder hidronefroz gelişmişti. Aorta bifemoral baypas yapılmak üzere ameliyata alındı. Genel Cerrahi ve Üroloji katılımıyla uygun insizyon sonrası abdominal aorta, sağ ve sol iliyak arter explore edildi. Sol iliyak çıkımında hematoma ve ilgili alanda stent disloke olduğu görüldü. Eksizyon sonrası aorta bifemoral baypas yapıldı. Takiplerinde ameliyat sonrası dönemde alt ekstremité nabızları palpabl olan hidronefrozu gerileyen hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Perifer arter hastalığında koyulan stentin disloke olabileceğini sonucunda hematoma gelişerek üretere bası yapması sonucu hidronefroz gelişebileceğini göz ardı etmemeliyiz. Perifer arter hastalığı multidisipliner bir yaklaşımla yönetilmelidir.

Anahtar sözcükler: iliyak hematoma, hidronefroz, periferik arter hastalığı.



Şekil 1. Sol iliyak arterde stent ve hematoma görüntüsü.



Şekil 1. Sol iliyak arterde stent ve hematoma görüntüsü.

Doktor Bildirileri - Kalp Yetmezliği, Transplantasyon ve Mekanik Destek Sistemleri

[EP-193]

Acil serviste saptanan nadir kardiyak arrest olgusu: Dev sol atriyal miksoma

Abdülkerim Damar

İskenderun Devlet Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, İskenderun

GİRİŞ VE AMAÇ: Miksoma çoğunlukla 30-60 yaşları arasında saptanan, %75'i benign olan en sık primer kardiyak tümördür. En sık sol atrium yerleşimli olan miksoma; bulunduğu kalp boşluğuna, büyüklüğüne ve şekline göre farklı klinik tablolara neden olabilir. Senkop ve arrest nadir görülen semptomlar olmakla beraber acil cerrahi müdahale gerektirir. Bu yazıda hastanemizin acil servisine kardiyak arrest ile başvuran ve acil ameliyata alınan dev miksomalı bir olgu sunulmuştur.

YÖNTEM: Acil servise 58 yaşında kardiyak arrest ile getirilen erkek hastaya 20 dk resüsitasyon sonrası kardiyak yanıt alınarak yapılan tetkiklerin sonucu sol atriyal dev miksoma saptanması üzerine tarafımıza danışıldı. Yapılan ekokardiyografide sol atriyum ve ventrikülü subtotal dolduran ve kardiyak outputu ileri derecede azaltmış interatriyal septum kaynaklı miksoma izlendi. Acil serviste intraaortik balon pompası takılarak hasta acil ameliyata alındı.

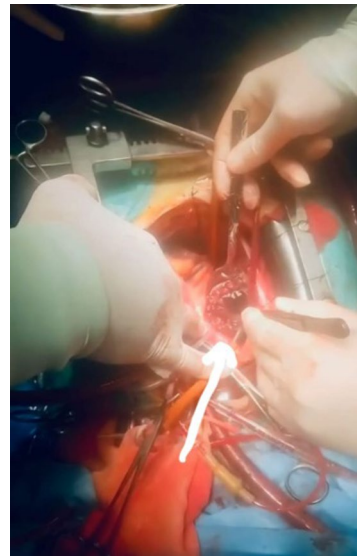
BULGULAR: Ameliyatta median sternotomi sonrası, selektif bikaval kanülasyon yapılarak moderate hipotermi altında del Nido kardiyoplejisi uygulanarak diastolik arrest sağlandı. Sondergard groove hizasından sol atriotomi yapıldı. 4,5x8 cm jelöz kıvamlı, septuma ince bir sap ile tutunan, atriyumdan ventrikül apeksine uzanan miksoma ile uyumlu tümoral kitle çıkarıldı. Kardiyopulmoner baypastan inotrop ve mekanik destek cihazı olmadan sorunsuz çıkıldı. Hasta yoğun bakım takibine alındı. Ameliyat sonrası 2. günde nörolojik defisitsiz ekstübe edildi. Kontrol ekokardiyografisi sorunsuz izlenen hasta 17. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kardiyak arrest durumunda resüsitasyona sonuç alındıktan sonra ekokardiyografik incelemenin de yapılması gereken tetkikler arasında yer alması gerektiği, özellikle akut sol kalp yetmezliği ve kardiyojenik şoka sebep olabilecek nedenlerin saptanması açısından önemlidir. Ayrıca bu gibi durumlarda acil şartlarında intraaortik balon pompası ve ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO) gibi mekanik destek cihazlarının uygulanabilmesi hayat kurtarıcı olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sol atriyal miksoma, intraaortik balon pompası, kardiyak arrest.



Şekil 1. Dev sol atriyal miksomanın EKO görüntüsü.



Şekil 2. Miksomanın cerrahi eksizyon aşaması.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-196]

Sol atriyal miksoma ile ilişkili kardiyak arrest: Bir olgu sunumu

Allahsukur Zahidli, Kamran Ahmadov, Kamran Musayev

Merkezi Klinik Hastane, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Bakü, Azerbaycan

GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyak miksoma, primer kardiyak tümörlerin en sık görülen tipidir; ancak sol atriyal miksomaların senkopa neden olduğu olgular literatürde nadirdir.

YÖNTEM: Şiddetli çarpıntı ve dispne şikayetiyle başvuran 15 yaşındaki erkek hastada transtorasik ekokardiyografide sol atriyumda mitral orifisi sıkıştıran büyük, hareketli bir kitle (miksom?) saptandı. Hasta bilgisayarlı tomografi (BT) için hazırlık aşamasındayken aniden kardiyak arrest gelişti. Acil resüsitasyon başarıyla uygulandı. Hastanın nörolojik ve hemodinamik stabilizasyonunun ardından acil cerrahi müdahale kararı alındı.

BULGULAR: Ameliyat sternotomi ve standart aort-bikaval kanülasyon ile kardiyopulmoner baypas desteği kullanılarak gerçekleştirildi. Ameliyat sırasında sol atriyumda 6,2×3,1 cm boyutlarında multilober mobil bir kitle görüldü ve cerrahi olarak eksize edilip patolojiye gönderildi (Şekil 1). Ameliyat standart yöntemlerle tamamlandı ve herhangi bir komplikasyon gözlemlenmedi. Patoloji incelemesi atriyal miksoma tanısını doğruladı. Hasta ameliyat sonrası altıncı gün taburcu edildi ve takipte mükemmel klinik durumda olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sol atriyal miksoma, ani kardiyak arrestin nadir ancak potansiyel bir nedeni olabilir. Bu vaka, kardiyak miksomaların acil durum yönetiminde erken tanı ve hızlı müdahalenin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar sözcükler: Miksoma, mitral kapak.



Şekil 1. Sol atriyal miksoma.

Asistan Bildirileri

[EP-197]

Miyokart enfarktüsü sonrası sol ventrikül anevrizma onarımı

Nurhayat İnci, Muzaffer Bahçivan, Mehmet Murat Oğuz

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

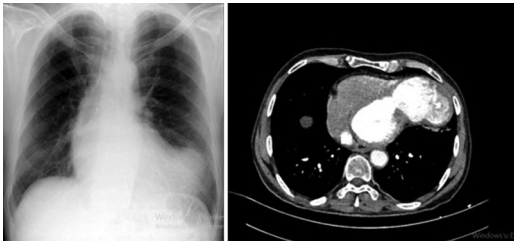
GİRİŞ VE AMAÇ: Sol ventrikül anevrizması, akut miyokart enfarktüsünün bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemodinamiyi bozan anevrizmatik bölge; konjestif kalp yetmezlik, intrakaviter trombüse bağlı tromboembolik olaylar ve ventrikül orjinli aritmilere sebep olabilir.

YÖNTEM: Nisan 2022'de miyokart enfarktüsü geçirip, Kasım 2023'te 103*67 mm'lik kardiyak anevrizma nedeniyle cerrahiye alınan olgu sunulacaktır.

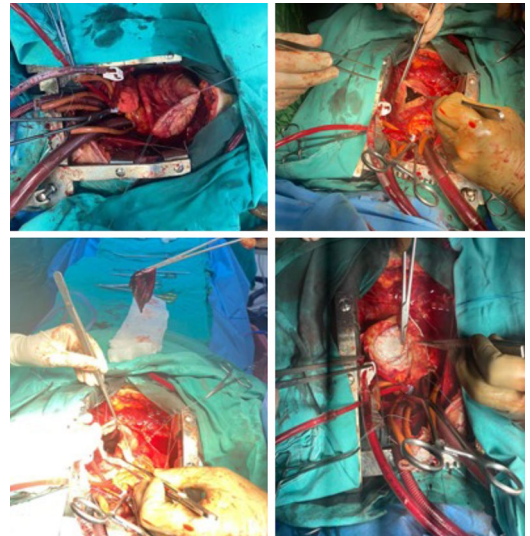
BULGULAR: 58 yaş erkek hasta Nisan 2022'de akut anterior miyokart enfarktüs nedeni dış merkezde anjiyoya alınmış. LAD D1 dalı sonrası total olan hastaya stent uygulanmış, ASA ve klopidoğrel tedavisi ile şifaen taburcu edilmiş. İşlemden iki hafta sonra ilerleyen perikardiyal efüzyon nedeni ile perikardiyosentez yapılmış. 16. günde yapılan kontrol ekoda apekte 10x45 mm'lik trombüs saptanmış olup Ekim 2022'de EF: %33, anevrizma 53x53 mm olarak raporlanmış. Haziran 2023'te eko: 53x53 mm anevrizma, Ef: %35, torasik BT anjiyografide 7 cm çapa ulaşan anevrizması raporlanmış. Ağustos 2023'te yapılan eko: 72*76 mm anevrizma, EF: %45, BT anjiyografide 103x67 mm anevrizması raporlanmış. Kasım 2023'e kadar cerrahi önerilen ancak ameliyatı kabul etmeyen hasta bu tarihte göğüs ağrısı nedeniyle kardiyojiye başvurmuş. Koroner anjiyografide LAD stentinin açık olduğu, ek işlem gereksinimi olmadığı saptandı. Cerrahiye kabul eden hastaya sol ventrikül anevrizmektomisi yapıldı, ventrikül içerisinden bol miktarda trombüs alındı. Ventrikül anevrizması alınarak aradaki açıklık Teflon yama ile kapatıldı, çevresindeki incelmış olan ventrikül dokusu teflon feltlerle sağlamlaştırılarak kapatıldı. Hasta ameliyat sonrası 5. gün şifaen taburcu edildi. Ameliyat sonrası ikinci hafta kontrol ekosunda EF: %35 saptandı. Hasta rutin takiplerine bulunduğu şehirde devam etmekte.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatürde anevrizma açıklığının 3 cm'den büyük olması halinde patch ile onarımı önerilmiş olup olgumuzda bu şekilde onarım yaptık. Sol ventrikül anevrizma cerrahisinde mortalite %2-10 arasında bildirilmektedir. Kardiyak anevrizma; sürekli dikkatli olunması, klinik ve radyolojik bulgularının bilinmesi ile hastalığın yaşam boyunca teşhis edilme sıklığını artıracaktır

Anahtar sözcükler: Kardiyak anevrizma, myokart enfarktüsü.



Şekil 1. Kardiyak anevrizmanın radyolojik görüntüsü.



Şekil 2. Kardiyak anevrizma görünümü, açıklığı, içerisinden alınan trombüs ve cerrahi onarım görünüm.

Asistan Bildirileri

[EP-198]

20 yıl önce fallot tetralojisi nedeni ile ameliyat edilen hastada gelişen pulmoner arter sarkomu: Olgu sunumu

Gizem Kolay, Sinan Erkul, Mehmed Yanartas

S.B.Ü İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul

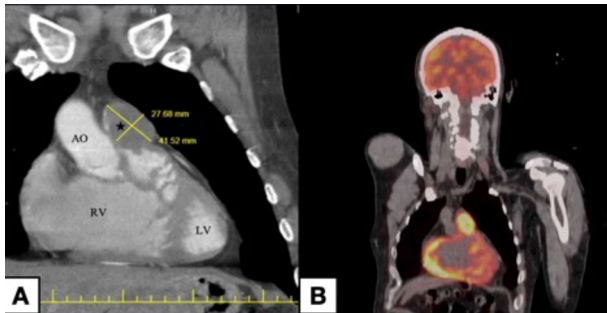
GİRİŞ VE AMAÇ: Pulmoner arter sarkom tuttuğu damarda oklüzyon yaratan, intraluminal büyüyen malign bir mezenkimal tümördür. Sağ ventrikül (RV) çıkım yoluna doğru yayılarak pulmoner kapağı da tutabilir. Nonspesifik semptomlar gösterdiğinden pulmoner arter embolisi ile karıştırılabilmekte ve geç tanı alabilmektedir. Bu çalışmada 20 yıl önce Fallot tetralojisi nedeni ile ameliyat edilmiş olan hastada gelişen sağ ventrikülü, ana pulmoner arteri ve pulmoner kapağı destrükte etmiş pulmoner arter sarkomunun cerrahi tedavisi sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: 41 yaşında erkek hasta iki aydır olan nefes darlığı ve çarpıntı şikayeti ile başvurdu. İlk değerlendirmede pulmoner emboli düşünüldü. 48 saat trombolitik tedaviye karşın klinik progresyon göstermedi. F-18 FDG PET/ BT ile kitlede tutulum saptandı ve malignite lehine değerlendirildi. Femoral arter-ven kanülasyonu, sonrasında Ossilating saw yardımı ile redo sternotomi yapılarak kardiyopulmoner baypasa girildi. Sağ ventrikül (RV) çıkım yolu üzerinde ilk ameliyatına bağlı yama görüldü. Ana pulmoner arter, pulmoner kapak ve RV tutulumu olduğu görüldü. Yama rezeke edilerek, sağ ventrikül çıkım yolundan pulmoner artere doğru insizyon yapıldı. Pulmoner arterden ve çıkım yolundan alınan kitle yaklaşık 8 cm ve düzensiz kenarlıydı. RV duvarındaki tümör rezeke edildi. Pulmoner arter distal yatakları total sirkülatuar arrest altında değerlendirildi. Kitle veya emboli yoktu. Biyoprotez pulmoner kapak replasmanı yapıldı. RV tümör kavitesi iç yama bovin perikard; dış yama Dacron yama ile kapatıldı.

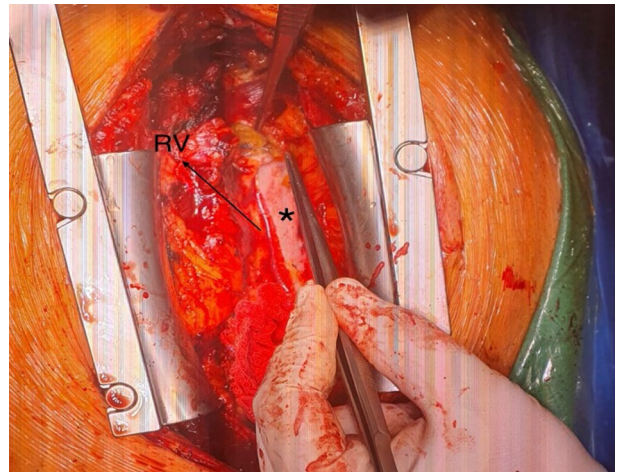
BULGULAR: Patolojik incelemede, undiferansiye pleomorfik sarkom olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası yoğun bakım takiplerinde venoarteriyel ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO) desteği uygulandı. Sağ ventrikül yetersizliği ve multiple organ yetmezliği nedeni ile hasta ameliyat sonrası 5. günde exitus olarak kabul edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Pulmoner arter sarkom nadir görülen ve prognozu kötü olan bir hastalıktır. Pulmoner tromboembolizm ile klinik benzerliğinden dolayı klinik progresyon göstermeyen olgularda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. PET-CT ayırıcı tanıda yardımcıdır. Esas tedavi tümörün erken dönemde sağ ventrikül yetersizliği gelişmeden total rezeksiyonudur.

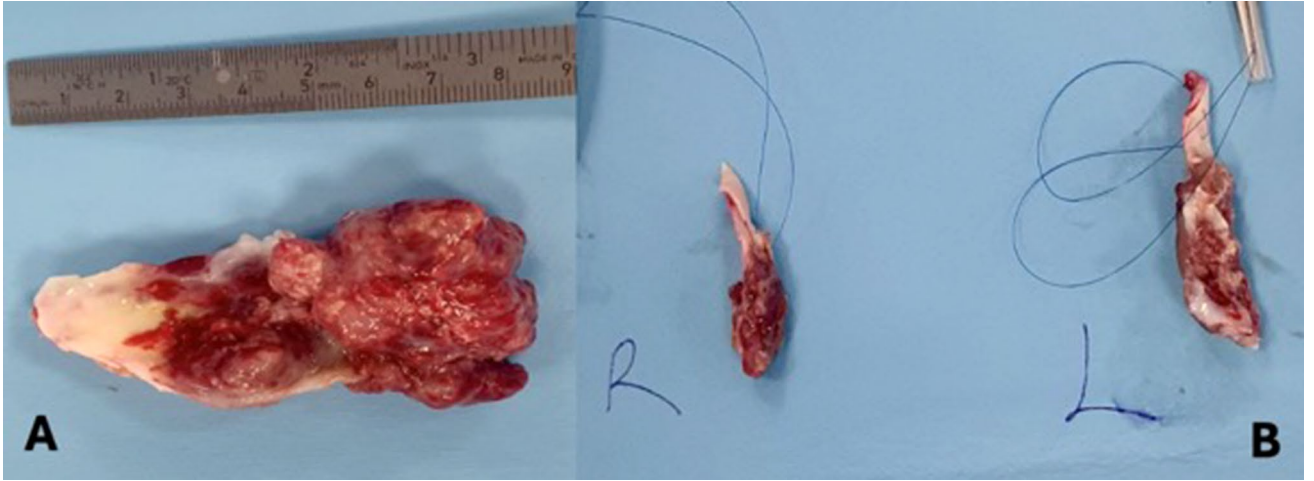
Anahtar sözcükler: Pulmoner arter sarkomu, pulmoner arter tümör rezeksiyonu.



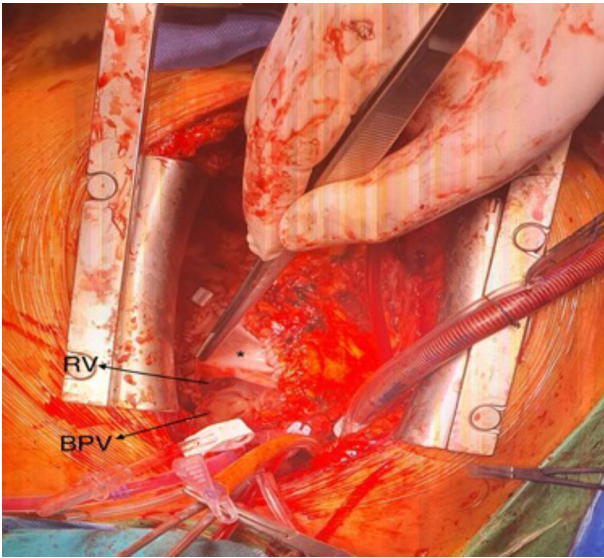
Şekil 1. (a) Post-trombolitik kardiyak BT. AO: Aorta; RV: Sağ ventrikül; LV: Sol ventrikül; *: Kitle. **(b)** Yüksek tutulumlu F-18 FDG PET/CT.



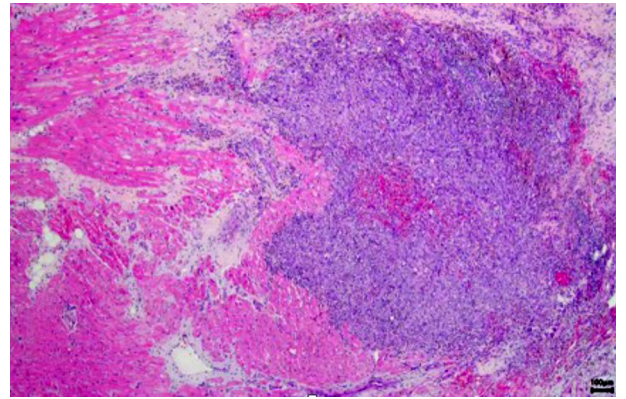
Şekil 2. Sağ ventrikül yama, Fallot tetralojisi cerrahisi nedeniyle. RV: Sağ ventrikül; *: Yama.



Şekil 3. (a) Düzensiz kenarlı pulmoner intimal sarkoma. **(b)** Sağ ve Sol ventrikül duvarından rezeke edilen kitleler.



Şekil 4. Sağ ventrikül iç duvarı, Bovin perikart yama.
RV: Sağ ventrikül BPV: Biyoprotez pulmoner kapak.



Şekil 5. Pulmoner arter sarkoma histpatolojisi, undiferansiye pleomorfik tümör hücreleri.

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-199]

Çift aortik ark ile ilişkili kardiyovasküler anomaliler: Bir olgu sunumu

Allahsukur Zahidli, Kamran Ahmadov, Kamran Musayev

Merkezi Klinik Hastane, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Bakü, Azerbaycan

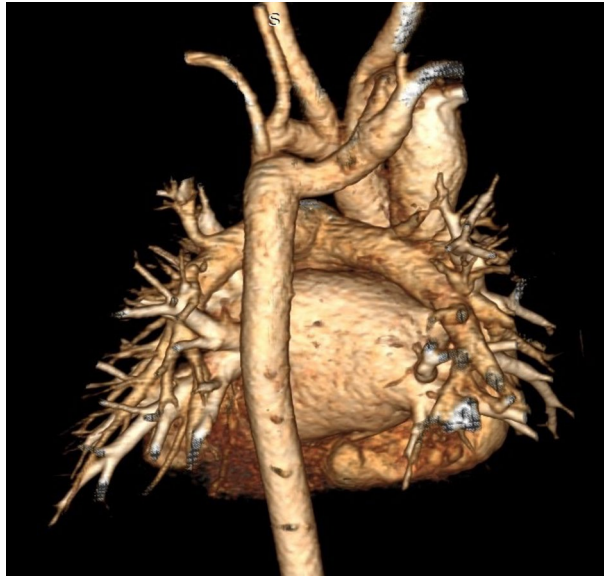
GİRİŞ VE AMAÇ: Çift aortik ark, trakea ve özofagusun basısına neden olan nadir bir damar anomalisidir. Embriyolojik olarak, sağ ve sol dördüncü brankial arkların gerilemeden devam etmesiyle ortaya çıkar. Genellikle tek başına görülen çift aortik ark, nadiren konjenital kardiyopatilerle birlikte bulunur. Damar halkası, bebeklik döneminde trakeo-özofageal bası belirtileriyle kendini gösterir ve erken yaşta nefes darlığı, beslenme sorunları, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, stridor ve yutma güçlüğü gibi sorunlara neden olabilir. Tanısında baryumlu özofagografi, ekokardiyografi, kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi ve toraks manyetik rezonans (MR) kullanılır.

YÖNTEM: Ondokuz aylık bir hasta, neonatal dönemde taşikardi ve bilinç kaybı nedeniyle başka bir hastaneye sevk edildi. Muayenede supraventriküler taşikardi, patent duktus arteriyozus ve interventriküler septal defekt tespit edildi. Aritmi tedavisine devam edilen hastada zamanla disfaji geliştiği için hastanemize yönlendirildi. Ayrıntılı inceleme amacıyla yapılan kardiyak BT anjiyografisinde sağ dominant arklı çift aortik ark tespit edildi (Şekil 1).

BULGULAR: Çift aortik ark, anjiyografik görüntüde vasküler bir halka oluşturarak özofagus sıkışması ile sonuçlandı. Sağ ark baskın olarak sağ ortak karotis arteri (RCCA), sağ subklavyan arter (RSCA) ve aksesuar vertebral arter dallarını içerirken, sol ark daha ince olup sol ana karotis arter (LCCA), Sol subklavyan arter (LSCA) ve sol vertebral arter (LVA) dallarını içeriyordu. Hastaya median sternotomi, patent duktus arteriyozus ligasyonu ve divizyonu, interventriküler septal defekt kapatılması ve çift aortik ark düzeltme ameliyatı uygulandı. Trakea ve özofagus sıkışmasını hafifletmek için sol minör ark bölündü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çift aortik arkı olan hastalara yenidoğan döneminde yanlış tanı ve tedavi uygulanma riski yüksektir. Erken yaşta trakeo-özofageal bası belirtileri gösteren hastalar daha detaylı incelenmeli ve nadir durumlarda hastalık göz ardı edilmemelidir. Komplikasyonların önlenmesi için zamanında tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Çift aortik ark, arkus anomalisi.



Şekil 1.

Doktor Bildirileri - Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi

[EP-201]

KABG sonrası gelişen şilotoraksın başarılı medikal yönetimi

Abdülkerim Damar

İskenderun Devlet Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, İskenderun

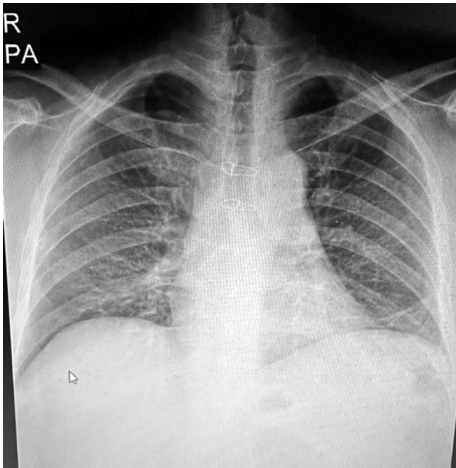
GİRİŞ VE AMAÇ: Şilotoraks lenfatik sıvının plevral boşlukta birikmesi olarak tanımlanır. Toraks ameliyatlarından sonra sık görülen bir komplikasyon olmasına rağmen median sternotomi ile yapılan koroner arter baypas greft (KABG) ameliyatı sonrasında şilotoraks görülmesi oldukça nadirdir. Erken müdahale ile uygun tedaviye yanıtı iyi olmakla beraber, tedavi edilmediği takdirde %50'ye varan mortalite bildirilmiştir.

YÖNTEM: Koroner arter hastalığı nedeniyle ameliyata alınan 49 yaşında erkek hastaya median sternotomi ile sol internal meme arteri (LIMA) ve safen ven grefti kullanılarak standart açık kalp cerrahisi ile iki damarına baypas ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası 2. günden sonra sol toraks dreninden günlük 1200 cc şilöz vasıfta drenaj oldu. Bu mayiden biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji laboratuvarına örnekler gönderildi.

BULGULAR: Plevral sıvı analizinde; glikoz: 130 mg/dL, LDH: 168 unit/Lt, kolesterol: 47 mg/dL, trigliserit 510 mg/dL ve pH: 7.38 olarak bulundu. Ayrıca sıvıda %85 oranında lenfosit hakimiyeti izlendi. Sıvının patolojik incelemesinde malign hücre izlenmedi, kültür incelemesinde üreme olmadı. Şilotoraks olarak değerlendirildi. Tanı doğrulanmasının hemen ardından hastanın oral alımı stoplanarak, kilosuna uygun parenteral nutrisyon başlandı. Medikal tedavisinde, oktreotid 3 mcg/kg/saat dozunda 5 gün süre ile intravenöz olarak uygulandı. Beşinci gün sonunda drenaj miktarı 50 ml/gün düzeyine geriledi. Hastanın oral alımına tekrar başlandı. Oral alım başladıktan sonraki üç gün içerisinde drenajda artış izlenmedi. Ameliyat sonrası 14. günde hasta taburcu edildi. Birinci ay poliklinik kontrolünde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Koroner cerrahilerde LİMA'nın altın standart greft olarak kullanılması nadir de olsa ameliyat sonrası şilotoraksa sebebiyet verebilmektedir. Şilotoraks gelişmesi durumunda hastane yatış süresi uzamakta, ciddi pulmoner semptomlara yol açabilmektedir. Tanı kesinleştikten sonra erken dönemde oktreotidin uygun dozda başlanması etkin ve nüksü önleyen başarılı bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar sözcükler: Şilotoraks, KABG, oktreotid.



Şekil 1. Birinci kontrol akciğer grafisi.

Tablo 1. Oktreotid tedavi dozu.

		Doz
Somatostatin	Erişkin	250 µg/h iv
	Çocuk	3,5-7 µg/kg/h iv
Octreotid	Erişkin	100 µg günde 2-3 kez sc
	Çocuk	10-40 µg/kg/gün sc

iv: intravenöz sc: subkutan

Doktor Bildirileri - Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi/Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları

[EP-203]

An uncommon surgical issue: Inferior vena cava diversion into the left atrium throughout the atrial septal defect surgical procedure

Ebubekir Sonmez, Furkan Çelik, Ugur Kaya, Münacettin Ceviz

Department of Cardiovascular Surgery, Atatürk University Faculty of Medicine, Erzurum

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Atrial septal defect (ASD) is a common congenital heart defect in adults, with surgical repair being an effective and safe treatment option. However, complications may arise, such as the diversion of the inferior vena cava (IVC) into the left atrium. This complication can lead to hypoxia and dyspnea postoperatively. Mini-thoracotomy can complicate determining repair margins.

METHOD: A 25 year-old male patient with an ASD underwent primary repair surgery nine months ago. After a month of hospitalization, he developed hypoxia and was treated for atelectasis. After discharge, he was hospitalized twice due to ischemic cerebrovascular events. The patient underwent transesophageal echocardiography but could not tolerate it. The patient's physical examination revealed clubbing, oxygen saturation of 75%, and no abnormal lung sounds. The patient's systolic pulmonary artery pressure was 30 mmHg. Color Doppler imaging showed a flow directed toward the left atrium via the interatrial septum. There was a suspicion that the IVC had diverted into the LA during the surgery because the patient suffered postoperative acute hypoxia but not significant pulmonary hypertension. After the right femoral vein was punctured, it was clear that the contrast material had entered the LA through the IVC.

RESULTS: The patient was operated on, and an examination revealed that the IVC was disconnected from the right atrium and diverted into the left atrium during the repair. The patient's hypoxia improved after the second repair, resulting in his discharge five days later.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Surgical ASD repair is safe, effective, and low-complication, but rare complications like IVC diversion into left atrium can cause hypoxia and dyspnea postoperatively, making mini-thoracotomy challenging.

Keywords: Diversion of the inferior vena cava into the left atrium.

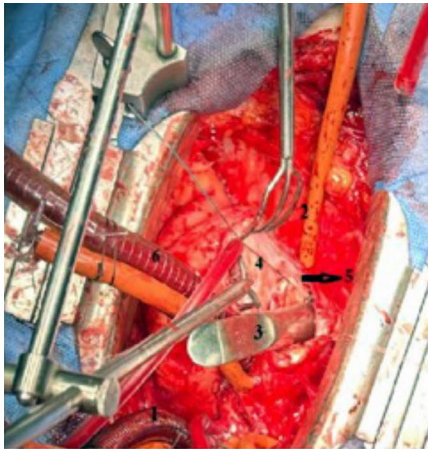


Figure 1A
1 Atrial cavity
2 Inferior Vena Cava vein
3 Bridge that was from Right Atrium to Inferior Vena Cava
4 Right Atrium
5 Presumed patch placed between Left Atrium and Inferior Vena Cava due the Left Atrium entrance was closed
6 Superior Vena Cava cavity

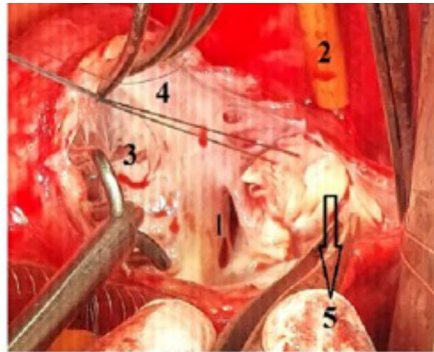


Figure 1B
1 Coronary Sinus
2 Inferior Vena Cava snare
3 Tricuspid Valve
4 Right Atrium
5 Membran between Right Atrium and Inferior Vena Cava is resected And then Inferior Vena Cava was seen.

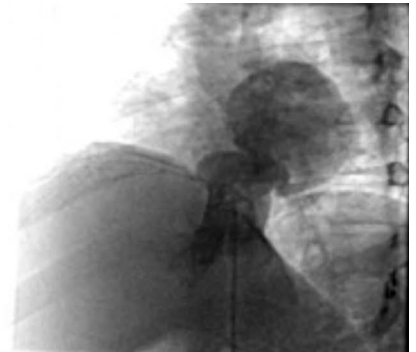


Figure 1C
Angiography showed that the contrast given from the IVC filled the left atrium and aorta.

Asistan Bildirileri

[EP-204]

Subklavien steal sendromu

Yağmur Akşahin, Özgür Özsoy, Murat Uğur

İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Karotis arter darlıklarının cerrahi tedavisi öncesinde kross klemp esnasında intrakranial kanlanmanın devamlılığı açısından Willis poligonun değerlendirilmesi oldukça önemlidir. İntrakraniyal kanlanmanın yetersiz olduğu durumlarda ameliyat esnasında şant kullanımı gerekebilir. Subklavian çalma sendromu, vertebral arterin proksimalinde subklavian arterin ileri derecede daralması ve oklüzyonu sonucu aynı taraftaki vertebral arterde veya internal torasik arterde kan akımının azalması ve aynı taraf kol egzersizi ile başlayan serebral istemi kaynaklı nörolojik semptomlarla karakterizedir. Semptomatik hastalarda vertebrobaziler yetersizliğe bağlı paroksizmal vertigo ve presenkop gelişebilir. Subklavyen çalma sendromunun eşlik ettiği karotis arter darlığında revaskülarizasyon stratejisinin belirlenmesi ameliyat sonrası nörolojik olay riskini azaltmak için büyük önem taşır.

YÖNTEM: 60 yaşında erkek hasta sağ kolda uyuşma, baş ağrısı, ses kısıklığı şikayetleri ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Yapılan tetkiklerde sol internal karotis arterde %90-95 darlık ve sol subklavien arter proksimalinde %80-90 darlık tespit edildi. Hastada karotis arter cerrahisi öncesi subklavyen çalmayı önlemek ve vertebral arter aracılığı antegrade serebral perfüzyonu arttırmak amacı ile ilk seansta sol subklavian arter proksimaline stent implantasyonu (9x80 mm) gerçekleştirildi.

BULGULAR: Ameliyat sonrası 1. haftadaki kontrolünde tüm şikayetlerini gerilediği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Cerrahi tedavi ve endovasküler yöntemler subklavyen çalma sendromunda uygulanabilir. Uygulanacak tedavi yöntemi konusunda literatürde tam bir konsensus olmamakla beraber endovasküler yöntemler giderek daha sıklıkla kullanılmaktadır. Özellikle eşlik eden karotis arter darlığı mevcudiyetinde stent uygulanması daha doğru bir yöntemdir. Karotis endarterektomi ameliyatı öncesinde vertebral arter akımını artırarak posterior sirkülasyondaki ve Willis poligonundaki kan akımının artırılması ameliyat riskini azaltır. Kombine karotis arter darlığı ve subklavyen arter darlığında subklavyen arter darlığının ilk seansta uygulandığı iki basamaklı yaklaşım güvenle uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Subklavien steal sendromu, karotis arter, subklavien arter.