

NON KARDİYAK CERRAHİ SONRASI GELİŞEN AKUT KORONER SENDROMUN PERKÜTAN KORONER GİRİŞİMLE TAM REVASKÜLARİZASYONU: OLGU SUNUMU

Dr. Ergün DEMİRALP (*), Dr. Ejder KARDEŞOĞLU (*),
Dr. Namık ÖZMEN (*), Dr. Bekir Sıtkı CEBECİ (*), Dr. Turgay ÇELİK (*),
Dr. Eralp ULUSOY (*), Dr. Mehmet DİNÇTÜRK

Gülhane Tıp Dergisi 46 (4) : 343 - 346 (2004)

ÖZET

Kalp dışı cerrahi sonrası 3. günde hemodinamik bozukluklarla birlikte, akut koroner sendrom gelişen ve perkütan koroner girişim yoluyla tam revaskülarize edilen 58 yaşında erkek hastayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kalp Dışı Cerrahi, Akut Koroner Sendrom, Revaskülarizasyon.

SUMMARY

Full Revascularization Via Percutaneous Coronary Intervention for Acute Coronary Syndrome Developing Postoperative Period Noncardiac Surgery: A Case Report

Here in, the case we present is a 58 year-old-man who was hemodynamically unstable and also developed acute coronary syndrome 3 days after noncardiac operation and whom we revascularized fully via percutaneous coronary intervention.

Key Words: Non Cardiac Surgery, Acute Coronary Syndrome, Revascularization.

GİRİŞ

Akut koroner sendrom (AKS) tedavisinde, perkütan girişimler son zamanlarda yaygın ve başarıyla kullanılmaktadır(1,2). Kardiyojenik şok oluşmuş akut ana koroner arter lezyonlarına dahi, perkütan girişimlerin başarıyla uygulanabileceği bildirilmektedir(2). Bunun yanında, komorbid durumların eşlik ettiği ve cerrahi revaskularizasyonun

yapılamadığı durumlarda, perkütan girişim alternatif bir yol olarak kullanabilmektedir. Ancak, böyle bir hastanın tam revaskularize edilmesi çoklu balon anjioplasti ve/veya stent implantasyonu ile mümkündür. Perkütan girişimlerde aynı seansta çoklu girişimlerin yapılması, işlemin kompleksliğini ve riskini arttıran bir unsurdur. Hemodinamisi stabil olmayan ve cerrahi revaskularizasyon yapılamayan bir hastanın, çoklu stent implantasyonu ile tam revaskularize edilmesi ilgi çekici olabilir.

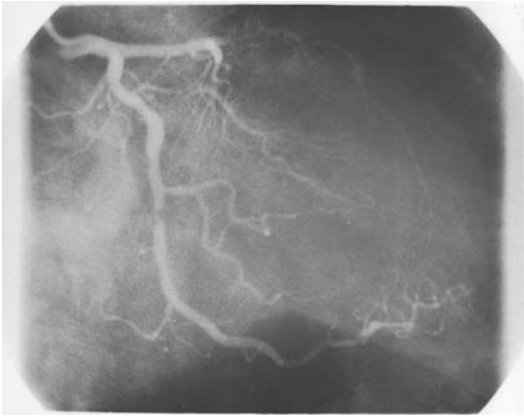
Bu yazıdaki amacımız, yassı hücreli cilt kanser sebebiyle radikal boyun diseksiyonu uygulanan ve postoperatif dönemde gelişen karasız koroner arter hastalığı sebebiyle, üç koroner arter lezyonuna stent implantasyonu ile tam revaskularizasyon sağlanan bir olguyu sunmak ve bu konudaki literatür verilerini irdelemektir.

OLGU

58 yaşında erkek hasta, 6 yıldır hipertansiyon ve 20 yıldır sigara içme anamnezi mevcuttu. Plastik cerrahi kliniğince, alt dudakta servikal lenf nodu metatazlı yassı hücreli cilt karsinomu nedeniyle, radikal cerrahi girişim yapıldı. Preoperatif anesteziye yönelik kardiyoloji konsültasyonunda: Son 4 aydır ağır eforda, göğsünün sol tarafında dinlenmekle geçen yanma tarzında ağrı tanımlıyordu. Fizik muayene, istirahat elektrokardiyografi (EKG) ve ekokardiyografik değerlendirme normaldi. Hasta stabil angina pectoris olarak kabul edildi. Antiiskemik tedavi düzenlendi ve ivedi operasyon gerektiğinden daha sonra elektif şartlarda koroner angiografi planlanarak operasyona verildi. Ancak, postoperatif 3.günde hastanın tipik göğüs ağrısı oldu ve ağrı esnasında V1-V3 QS formu minimal ST elevasyonu gözlemlendi. Hasta, koroner yoğun bakıma alındı. Antiiskemik ve antikoagülan tedavi başlandı. Klinik durumu stabilize oldu, kardiyak enzimleri yükselmedi. ST izolektrik hatta döndü. 3 gün sonra hasta kliniğe alındı. Ancak aynı gün hastanın istirahat halinde iken

(*) GATA H.Paşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Kliniği
Reprint Request: Dr. Namık ÖZMEN, GATA H.Paşa
Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Kliniği 34668,
Üsküdar/İSTANBUL
Kabul Tarihi: 23.9.2004
e-mail:drnamiközmen@yahoo.com

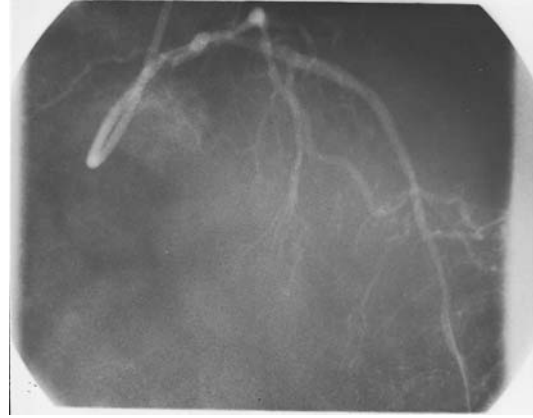
göğüs ağrısı, EKG'de V1-V3 minimal ST elevasyonu tekrar gelişti. Genel durum bozukluğu, hipotansiyon, bulantı-kusma ve saatlik idrar çıkışında azalma oldu. Dopamin tedavisine rağmen, hipotansiyon devam etti ve hastanın genel durumu daha da bozuldu. Ekokardiografik değerlendirmesinde; ventriküler septum ve anterolateral duvar hipokinetik, papiller kas disfonksiyonuna bağlı orta derecede mitral yetersizliği mevcuttu. Acil koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografisinde; Sol ön inen arter (LAD), 1.septal daldan sonra tam tıkalı, zayıf antegrad akım, Sirkumfleks arter (Cx), 3. optis marjinden (OM) sonra % 80-90 (Şekil-1), Sağ koroner arter (RCA), arkaya inen arter (PD) öncesinde % 80-90 darlık, ayrıca RCA'da kritik olmayan lezyonlar da mevcuttu (Şekil-2). Kalp-Damar Cerrahisi ile konsülte edildi. Hastanın maling bir hastalığının olması ve kısa süre önce ciddi bir operasyon geçirmesi nedeniyle by-pass operasyonunun riskli olacağı ifade edildi. Bunun üzerine, hasta ve yakınlarına bilgi verilerek ve onayları alınarak perkütan translüminal koroner koroner anjioplasti (PTCA) yapılmasına karar verildi. Önce LAD'ye PTCA yapıldı ve antegrad akım elde edildiğinde 1.diagonal sonrasında da %70-80 darlığa neden olan ikinci bir lezyon gözlemlendi. Önce proksimaldeki lezyona, daha sonra distaldeki lezyona predilatasyonu takiben heparin kaplı stent (Jomed,USA) uygulandı ve TIMİ-3 akım elde edildi (Şekil-3). Ardından Cx'deki lezyona (Şekil-4) ve son olarak RCA'daki lezyona predilatasyonsuz kapsız stent (Occam, Hollanda) implante edildi (Şekil-5). İşlem, toplam 45 dakikada tamamlandı ve işlemle ilgili herhangi bir komplikasyon olmadı. Hastanın genel durumu ve hemodinamik düzeldi, dopamin tedricen azaltıldı. Hasta 3 gün sonra problemsiz olarak taburcu edildi.



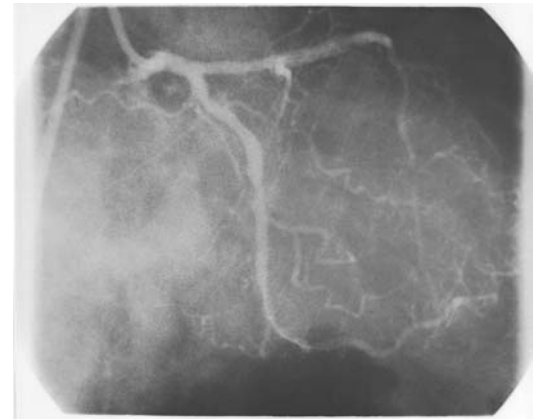
Şekil-1: Hastanın sağ anterior oblik(RAO) caudal pozisyonunda sol koroner angiografisi. Sirkumflex arter(Cx) OM3'den sonra %70-80 darlığa neden olan lezyon, sol ön inen arter(LAD) 1.septal perforatörden sonra cut-off ve zayıf antegrad dolum mevcut.



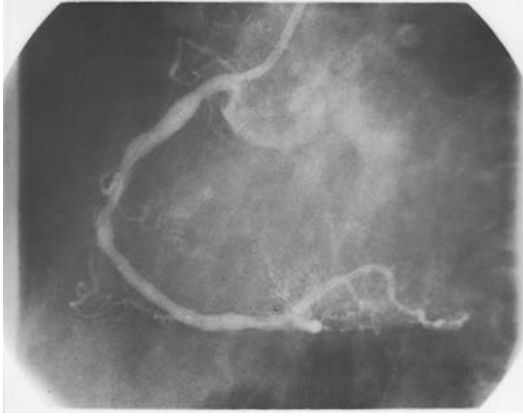
Şekil-2: Hastanın sol anterior oblik (LAO) pozisyonunda, sağ koroner arter anjiyografisi. Posterior desending arter (PD) öncesinde %80-90 darlığa neden olan lezyonun stent uygulamadan önceki görünümü. Ayrıca, sağ koroner arterde kritik olmayan darlıklar da mevcut.



Şekil-3: Hastanın RAO cranial pozisyonunda, 1.septal perforatörden sonra LAD'ye 2 adet stent uygulandıktan sonraki görünümü. LAD'de TIMİ-3 akım elde edildi ve rezüdü darlık yok.



Şekil-4: Hastanın RAO caudal pozisyonunda OM3'den sonra Cx'e stent uygulandıktan sonraki sol koroner anjiyografisi. Stent bölgesinde rezüdü darlık yok.



Şekil-5: Hastanın LAO pozisyonunda, sağ koroner artere stent uygulandıktan sonraki görünümü. Stent bölgesinde rezüdü darlık yok.

TARTIŞMA

İskemik Kalp Hastalığı (İKH) olan hastalarda, kalp dışı cerrahi girişimler sırasında; sempatik deşarj artışı, ağrı ve anksiyete, intra ve postop gelişen aritmiler nedeniyle koroner perfüzyonda azalma veya miyokard oksijen talebinde artma olmaktadır. Bu nedenle, intra veya postoperatif AKS ortaya çıkmaktadır. İKH olmayan 40 yaş üstü postop Mİ riski % 1'den az iken, bilinen İKH varlığın postop Mİ riski % 2-4 arasında olup ilk 6 gün özellikle ilk 3 gün en riskli dönemdir(3). Hastamız, İKH olarak kabul edilmiş, mevcut primer hastalığının ciddiyeti nedeniyle kalp dışı operasyona öncelik verilmiştir ve literatüre uygun olarak postop 3. gün akut koroner sendrom gelişmiştir.

AKS'de invaziv veya noninvaziv tedavi yaklaşımlarının seçimi konusu, uzun yıllar tartışılmış ve son yapılan çalışmalar ile erken invaziv yaklaşımın uygun olacağı konusunda genel bir fikir birliği oluşmuştur. Nitekim, ST segment elevasyonsuz AMİ ve kararsız angina pektorisli hastalarda, yüksek risk grubunda ise erken koroner anjiyografi ve revaskülarizasyonun, konservatif tedaviye üstün olduğu gösterilmiştir (1).

AMİ'de hedef lezyon belirlenmesi ve bu lezyonun, balon anjioplasti veya son zamanlarda stent implantasyonun güvenli şekilde uygulanabileceği bilinen bir konudur. Akut miyokard infarktüsü dışındaki akut koroner sendromlu hastalarda ise, lezyon anatomisine göre karar verilir. Sol ana koroner ve özellikle sol ventrikül disfonksiyonunun eşlik ettiği üç damar hastalığında, cerrahi revaskularizasyon önerilmektedir (4). Ancak cerrahiye uygun olmayan, yüksek riskli hastalarda perkütan girişim önerilmektedir ve tercih edilmektedir (5,6).

ERACI II çalışmasında çoğunluğunu, AKS oluşturan multidamar hastalığı olan hastalar, perkütan koroner girişim ve koroner by-pass olarak 2 gruba ayrılmıştır. Bir yılın sonunda ölüm ve AMİ oranları, perkütan girişim yapılan grupta %0.09 iken, koroner by-pass cerrahisi uygulanan grupta ise %5.7 saptanmıştır. Ancak, tekrar revaskülarizasyon ihtiyacı perkütan girişim grubunda % 16.8, koroner by-pass grubunda ise %4.8 olmuştur (7).

Ancak Avrupa ve Kanada'dan toplam 988 hastanın alındığı SOS çalışmasında multidamar hastaları perkütan girişim ve koroner by-pass grubuna ayrılmış ve 2 yıllık takipte, ölüm ve AMİ insidensi her iki grupta benzer (%9.3 ve %9.6) olurken, tekrar revaskülarizasyon ihtiyacı perkütan girişim grubunda % 20 iken, koroner by-pass grubunda sadece %5 olmuştur (8).

Kardiyojenik şok tablosunun eşlik ettiği AMİ'de revaskülarizasyon hayat kurtarıcıdır. Dauerman ve ark. multimerkezli, uluslar arası çalışmalarında; kardiyojenik şokla birlikte olan AMİ'de koroner ajiyografi ve stent implante edilen grupta hastane mortalitesini %35, koroner anjiyografi yapılamayan grupta ise %74 olduğunu göstermişlerdir (9). Vakamızı kardiyojenik preşok olarak kabul ettik. Nitekim, koroner stentlemeyi takiben genel ve hemodinamik durumu düzeldi.

Alvarez ve ark.(10), pnömonektomiye takiben intraoperatif AMİ gelişen 72 yaşında erkek hastayı, invaziv girişime gerek kalmadan tıbbi tedavi ile takip etmişler, İKH yönünden yüksek riskli hastaların postoperatif erken extübe edilmediklerini ileri sürmüşlerdir. Bizim vakamızda ise, hemodinamik durum bozukluğu nedeniyle invaziv girişime ihtiyaç duyulmuş ve sonuç başarılı olmuştur.

Literatür taramamızda, kalp dışı cerrahi girişim sonrası gelişen AKS veya AMİ sonrası koroner stentleme ile ilgili bildiri bulunamadı. Vakamız bu yönüyle de ilk ve ilgi çekici olabilir.

Sonuç olarak, anamnezinde İKH ve/veya bulguları olan hastalarda postoperatif ilk birkaç günde akut koroner olay gelişebilir. Bu nedenle, bu tip hastaların, yakın takibi gereklidir. AKS gelişmesi durumunda özellikle hemodinamik durum bozukluk birlikte ise, perkütan girişim ve stentleme başarılı bir tedavi yöntemi olarak güvenle tercih edilebilir. Bu durum, hayat kurtarıcı olduğu gibi, ikinci bir ciddi cerrahi girişime olan ihtiyacı ortadan kaldırır ve daha kısa sürede hasta taburcu edilmesine olanak sağlar.

KAYNAKLAR

1. Ducas, J., Grech, E.D.: ABC of interventional cardiology Percutane Coronary Intervention: Cardiogenic shock. *BMJ* 2003; 28:1450-1452.
2. Forto, E.A.: Percutaneous Coronary Intervention in cardiogenic shock. *Rev Port.Cardiol* 2003; 16:853-855.
3. Goldman, L., Adler, J.: General anesthesia and noncardiac surgery in patient with heart disease In: Braunwauld E, Zipes DP, Libby P.Editors. *Heart Disease 6 th edition. USA.WB Saunders. 2001; 2084:2094*
4. Gibbons, R.J., Abrams, J., Chattejee, K., et al.: ACC/AHA Guideline Update for the management of patients with chronic stable angina.A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.
5. Serruy, P.W., Unger, F., Sousa, J.E., et al.: Comparison of coronary artery bypass surgery and stending for the treatment of multivessel disease. *N Engl J Med* 2001; 344:117-124.
6. Braunwauld, E., Antman, E.M., Beasley, J.M., et al.: ACC/AHA Guideline update for management of patients with unstable angina and NSTEMI-2002: summary article. *Circulation* 2002; 106: 1893-1898.
7. Rogrizez, A., Bernardi, V., Navia, J., et al.: Argentina randomize study:coronary angioplasti with stending versus coronary by-pass surgery in patients with muştivessel disease (ERACI II):30 day and one year follow-up results. *J.Am.Coll. Cardiol* 2001;37:51-58.
8. The SOS Investigation: Coronary artery bypass surgery versus percutaneous coronary intervention with stent implantation in patients with multivessel coronary artery disaese(the stent or surgery trial) a randomised controlled trial.*Lancet* 2002;360:965-970.
9. Dauerman, H.L., Goldberg, R.J., White, K., et al.: Revascularization, stenting and outcomes of patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock.*Am J Cardiol* 2002;15:839-842.
10. Lopez, A.S., Bonome, G.C., Izquierdo, V.B., et al.: Acute myocardial infarction in postoperative period following pneumonectomy. *Rev Esp Anesthesiol Reanmin* 2002;49:485-490.