

# İleri Yaşta Multiple VSD'li bir TOF Vakası: Vaka Takdimi

A CASE OF TOF WITH MULTIPLE VSDs AT THIRTY

Yrd.Doç.Dr.Sinan ARSAN, Dr. Mustafa YILMAZ, Dr.Nejat SARIOSMANOĞI U,  
Dr.Murat GÜVENER, Prof.Dr.Yurdakul YURDAKUL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toraks ve Kalp Damar Cerrahisi ABD, ANKARA

## ÖZET

Fallot tetralojili 30 yaşında bir hastada operasyon sırasında klasik VSD'ye ek olarak bir adet müsküler seviyede VSD saptandı. İleri yaşına rağmen başarılı bir ameliyatla tam düzeltme yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Kongenital kalp hastalığı,  
Fallot Tetralojisi, Total korreksiyon  
Multipl ventriküler septal defekt

T Klin Kardiyoloji 1994, 7:188-189

## SUMMARY

While performing an operation of Tetralogy of Fallot (TOF) to a patient at his thirty, in addition to classic type subaortic membranous VSD, another muscular VSD was found. Although the time chosen for total correction was too late, the patient was discharged without any complication.

Key Words: Congenital heart disease,  
Tetralogy of Fallot, Total correction,  
Multiple ventricular septal defects

Turk J Cardiol 1994, 7:188-189

Fallot tetralojisi (TOF) ilk defa 1954 yılında Lillehei ve Varco tarafından başarılı bir şekilde açık kalp tekniği ile tam olarak düzeltilmiştir. Bu yıldan günümüze kadar TOF vakalarında mortalite ve morbidite, gerek açık kalp cerrahisindeki, gerekse tanı yöntemlerindeki gelişmelerden dolayı belirgin bir şekilde azalmıştır (1). TOF vakalarında cerrahi mortaliteyi, Atrial Septal Defekt (ASD), Patent Duktus Arteriosus (PDA), aorta koarktasyonu, koroner arter anomalisi, ilave Ventriküler Septal Defekt (VSD) varlığı gibi ek anomalilerin bulunması, önemli derecede etkiler (2). TOF vakalarında birden fazla VSD görülmesi çok nadir değildir (2). Bu ilave VSD'nin varlığı ekokardiografik, anjiyokardiografik olarak ya da ameliyat esnasında tespit edilebilir (3). Ancak nadir de olsa bazı vakalarda tespit edilemeyebilir Bu vakalar da tam düzeltme sonrası ilave VSD açık kalacağından sol-sağ şant nedeniyle mortalite ve morbidite önemli yönde etkilenmektedir (4).

Geliş Tarihi: 22.03.1994

Kabul Tarihi: 24.03.1994

Yazışma Adresi: Yard.Doç Dr.Sinan ARSAN  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Toraks ve Kalp Damar Cerrahisi ABD,  
ANKARA

## VAKA TAKDİMİ

Otuz yaşında erkek hasta (M.U. Prot.No: 671719), kliniğimize Aralık 1990'da nefes darlığı, çarpıntı, özellikle eforla ortaya çıkan, dudaklarda ve parmak uçlarında morarma ile başvurdu. Hastanın hikayesinden, ilk kez sekiz yaşında kalbinde delik olduğu, gittiği doktor tarafından söylendiği ve Hacettepe Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji bölümüne sevk edildiği öğrenildi. Hastaya o zaman ameliyat önerilmiş, fakat hasta ameliyatı kabul etmemiş ve hasta aradan geçen yirmiiki yılda hastanemiz takibinden çıkmıştır. Hastanın fizik muayenesinde efor kapasitesi NHYA Class II idi. Kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 90/dak. idi. Sistem muayenelerinde dudaklarda peroral siyanoz, parmak uçlarında minimal çomaklaşma mevcuttu. Dinlemekle sternum solunda üç ve dördüncü interkostal aralıkta 3/6 dereceden pansistolik üfürüm, pulmoner odakta 2/6 deceden sistolik ejeksiyon üfürümü duyuluyordu. Telekardiogramında pulmoner konuş küçüktü ve kalp global olarak büyümüşü. Elektrokardiogramında sağ aks deviasyonu ve sağ ventrikül hipertrofisi saptandı. Yapılan ekokardiografisinde TOF tanısı konmuş, ancak ikinci müsküler VSD'ye ait bir görünüm bildirilmemiştir. Sineanjiokardiogramında multiple VSD'ye ait bir görünüm izlenmemiştir. Hastanın preoperatif kan sayımında Hemoglobin: 167 gr/dl, Hemotokrit: %49.2, beyaz küre 6500 idi.

T Klin Kardiyoloji 1994, 7

Kan biyokimyası normal sınırlıydı. Hasta 19.03.1992 tarihinde ameliyata alındı. Sağ ventrikülotomi ile infundibular pulmoner stenoz giderildi. Pulmoner kapaklar normaldi. 2x2 cm boyutlarındaki klasik subaortik VSD dakron yama ile kapatıldı, septumun eksplorasyonunda ilave müsküler VSD saptandı. 2x1 cm'lik defekt dakron yama ile kapatıldı. Sağ ventrikül çıkım yolundaki hipertrofik bantlar ve adale rezekt edildi. Sağ atriyyotomi yapıldı, Interatriyal septum sağlamdı sağ atriyyotomi ve sağ ventrikülotomi primer kapatıldı. Kalp sinüs ritminde bloksuz olarak çalıştı, pompadan çıkmakta bir problemle karşılaşmadı. Hastanın erken postoperatif dönemde kanama veya hemodinamik yönden bir problemi olmadı. Hasta postoperatif yedinci gününde Digoksin günde 1 tablet, Penicillin procain (penadur LA 1.2 fik.) verilerek şifa ile taburcu edildi. Hasta ameliyat sonrası dönemde beş kez kontrole çağırılmış, yapılan tetkiklerinde patolojik bir bulgu saptanmamıştır. Hastanın ikinci kontrolünde Digoksin kesilmiştir. Hastanın şu anki efor kapasitesi NYHA Class I'dir.

## TARTIŞMA

Fallot tetralojili hastalarda ek lezyonlar mortaliteyi etkilemektedir. İdeal olan ameliyat öncesi tüm lezyonların bilinmesidir. Ancak ameliyat sırasında mutlaka dikkatli bir gözlem yapılmalıdır. Öncelikle pulmoner arterlerin çapları koroner anomalisi gibi ameliyatın tekniğini değiştirecek ek anomalilerin varlığı, ameliyat esnasında da klasik VSD'ye ilaveten ayrı bir VSD olup olmadığı ASD veya Patent Foramen Ovale (PFO)'nin varlığı dikkatle araştırılmalıdır. Bunlar ameliyat sonrasında morbidite ve mortaliteyi önemli derecede etkiler. Pulmoner stenozu giderilmiş bir hastada ek VSD olması da son derece önem taşımaktadır. Gözden kaçabilecek olan bu lezyon ameliyat sonrasında sol-sağ şanta yolaçarak akut pulmoner hipertansiyon ve akciğer ödemeine yolaçabilir. Hastamızda bir diğer ilginç nokta da yaşının ileri olmasıdır. Günümüzde gösterilmiştir ki iki yaşına kadar yapılan total korreksiyon ameliyatlari en iyi sonucu vermektedir. Daha ileri yaşda hem kros anuler yama kon-

ma riski artmakta ve hem de siyanoz ve hipoksiye bağlı myofibüllerde azalma meydana gelmektedir (5). Yapılan bir araştırmada 15 yaşına kadar myofibüllerin %50'ye yakın oranda azaldığı saptanmıştır (5). Vakamızın ileri yaşta ve 105 kg ağırlığında olması nedeniyle postoperatif problemlerle karşılaşacağımızı düşünmemize rağmen, hastamız, son derece rahat bir postoperatif dönem geçirmiştir. Bunun nedeni de pulmoner stenozun ileri derecede olmaması, dolayısı ile hipoksinin az olmasıdır. Literatürde daha ileri yaşta da vakalar bildirilmiştir. Ancak bunlarda mortalite yüksektir. Kliniğimizde en yaşlı vaka ise 34 yaşındadır. Bu vakanın özelliği ise multiple VSD'li olmasıdır. Mortalite nedenleri de uzun süreli hipoksiye bağlı miyokart yetmezliği (Low Cardiac Output), gelişen çok sayıdaki kollaterale bağlı kanamadır. Sonuç olarak TOF vakaları mümkün olduğunca erken dönemde, ideal olarak 1-2 yaşlar arasında total korreksiyona alınmalıdır. Ancak ileri yaşlarda da total korreksiyon mümkündür. Ameliyat edilmeyen vakalar, infektif endokardit, emboli, kalp yetmezliği vs. nedenleri ile maksimum 40 yaş dolaylarında kaybedilmektedirler.

## KAYNAKLAR

1. Archinegas E, Farooki Z, Hakimi M. Early and late result of total correction of Tetralogy of Fallot. J Thorac Cardiovasc Surg 1980; 80:770-8.
2. Lorgenil M, Friedl B, Assimacopoulos A. Factors affecting left ventricular function after correction of Tetralogy of Fallot. Br Heart J 1984; 52:536-41.
3. Surakawa A, Shiritoni H, Yokoyama T, Oku H. Factors affecting biventricular function following surgical repair of Tetralogy of Fallot. Jpn Circ J 1988; 52(5):401-10.
4. Zhao HX, Miller DC, Reitz BA, Shumway NE. Surgical repair of Tetralogy of Fallot: Long term and reoperation. J Thorac Cardiovasc Surg 1985; 89:204-20.
5. Shakibi JG, Aryanpur I, Nazari an I. The anatomic correlate of ventricular dysfunction in Tetralogy of Fallot. Jap Heart J 1979; 20:53-62.