

Cerrah Gözüyle Balon Valvüloplasti

Prof.Dr.Aydm AYTAÇ

İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı Haseki - İSTANBUL

Kalp kapaklarının cerrahi yerine, balon dilatasyonu ile açılmasının cerrah gözüyle değerlendirilmesini her kapak için ve etyolojiye göre ayrı ayrı yapmak gerekir:

I - PULMONER KAPAK

a) Kongenital:

Kanımcı balon valvüloplastinin en geçerli olacağı, çekinmeden yapılabileceği ve en olumlu sonuçların alınabileceği alan pulmoner kapaktır. Pulmoner kapak hem kolaylıkla açılabilir, hem de doğumsal olarak yapışık olan kommissürlerin yerine yaprakcığının kendisinde bir yırtılma olursa bu da o kadar ciddi bir durum yaratmaz. Bir miktar pulmoner yetmezlik, çok rahat tolere edildiği gibi, orta derecede bir yetmezlik bile husule gelse, hemodinamik olarak hasta fazla etkilenmez. Her yaşta ve her çeşit doğumsal pulmoner kapak darlığında balon valvüloplasti cerrahi yerine denemek üzere indikasyon taşır. Sonuç genelde başarılı olup, cerrahiye gerek kalmayabilir. Nadiren istenen açıklık temin edilemezse, kaybedilmiş birşey yoktur, hasta uygun erken bir zamanda ameliyata alınır ve kommissurotomi yapılır. Bu grupta dikkat edilecek husus, camı kubbesi gibi komissürsüz olan ve çok küçük bir orifisi olan kapaklardır. Bu kapaklarda eğer balon, orifisin içinde biraz fazla tutulacak olursa ventrikül fibrilasyonu ortaya çıkabilir.

b) Romatizmal:

Bu cins pulmoner kapak hastalığı, pratik olarak hiç görülmediği ve ben de hiç rastlamadığım için bu grup hakkında tecrübelerime dayanan bir öneri ileri süremeyeceğim. Teorik olarak balon valvüloplastinin onlarda da başarıyla ve iyi sonuçlarla uygulanabileceğini düşünebiliriz.

II - MİTRAL KAPAK

Teorik olarak kapalı kommissurotomi indikasyonu taşıyan her hastada, balon valvüloplasti geçerlidir diye düşünülebilirse de, uygulama bu görüşü benim kanıma göre tam desteklememektedir. Burada balon valvüloplastinin sadece kapalı kommissurotomi ile bir mukayesesini yapmak istiyorum. Eğer hastada kommissurotomi açık olarak yapmak için herhangi bir neden varsa zaten balon valvüloplastiyi kontr-indike olarak kabul etmek gerekir.

a) Kongenital:

Kongenital mitral darlıklarında kapalı kommissurotomi yetersiz ve tehlikeli bir operasyondur. Başarı şansı son derece azdır. Hemen daima ciddi mitral yetmezliği ile sonuçlanır. Dolayısıyla bu grupta müdahale açık metodla yapılmalı ve gerekirse plasti ve o yeterli değilse aynı seansta replasman uygulanmalıdır.

Kanımcı kongenital mitral darlıklarında balon valvüloplastinin yeri yoktur.

b) Romatizmal:

Kapalı kommissurotomi indikasyonu olan romatizmal mitral darlıklarında balon valvüloplasti denenebilir. Buna rağmen bilhassa ekonomik nedenlerle ülkemizde ve bize benzer ülkelerde cerrahi daha geçerlidir. Mitral balon valvüloplasti için kullanılan iki balon aşağı yukarı 6-7 milyon,liralık bir masrafı gerektirmekte olup, dövizle dayalı olduğu için bu rakam devamlı yükselecektir. Kapalı kommissurotomi ameliyatı ise neresinden baksanız 1-2 milyonla gerçekleştirilebilir ve dövizle hiçbir ilişkisi yoktur. Kapalı kommissurotomide cerrah her iki kommissürü de açabilme şansına sahiptir ve genel de 3,5-4 cm'lik bir açıklık elde edilir. Balon valvüloplasti de açıklık bunun çok altında kalmaktadır.

Gerek açıklık, gerek kapağın yapısı, gerekse husule gelebilecek veya mevcut mitral yetmezliği, parmakla gerek müdahaleden önce, gerekse sonra çok net bir şekilde değerlendirilebilmektedir. Bu avantajlar aynı düzeyde balon valvüloplasti de yoktur. Esasen mitral yetmezliği husule getirme ihtimali kapalı

GeHş Tarihi: 16.8.1988 Kabul Tarihi: 18.8.1988

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Aydm AYTAÇ
İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji
Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahisi
Ana Bilim Dalı Haseki - İSTANBUL

kommissurotomide son derece zayıftır ve balon valvüloplastiden daha fazla değildir. Buna mukabil eğer ciddi kapak yetmezliği oluşursa, hemen açık operasyona dönmeli, bu uygulama ise, zaten ameliyat masasında, intübe ve anestezi altındaki bir hastada çok daha kolaydır. Şahsen 26 yıldır kapalı kommissurotomi ameliyatı uygulamalarım esnasında, açık operasyona geçmeyi gerektirecek bir kapak yetmezliğiyle, ameliyat sırasında karşılaşmadım.

Gene balon valvüloplastisi sırasında miyokard perforasyonu, perikart tamponadı v.s. gibi komplikasyonlar, oldukça sık olarak tebliğlerde zikredilmektedir.

Gene mitral balon valvüloplastisi için, mutlaka bir atrial septal defekt husule getirmek zorunluluğu vardır. 4-5 mm. çapınd? da olsa bazan bunun önemli fonksiyonu olabilir. Tetraloji ameliyatları sırasında son zamanlarda şanti bu şekilde açtığımız küçük bir delikten sol tarafa geçiriyoruz. Direkt görüş altında en ideal yerden açtığımız halde, bu defekti ameliyat sonunda mutlaka dikişle kapamak gerekiyor. Balon valvüloplastide bu imkan yoktur.

III - AORT KAPAĞI

a) Kongenital:

Doğuştan darlık olan aort kapakları daima açık kommissurotomi ile ameliyat edilirler. Kapalı kommissurotominin modern aort kapak cerrahisinde bir yeri yoktur. Burada da yapılan işlem pulmoner kapaktakine benzemekle beraber esasda çok önemli bir fark vardır. Aort kapağında yetmezlik husule getirme ihtimali son derece önemli ve tehlikeli bir komplikasyondur. Açık kalp cerrahisi şartlarında bile cerrah kommissurları fibrotik kalınlaşmanın tam ortasından kesmeğe ve bunu anulusa kadar götürmemeğe, azami dikkat etme durumundadır. En küçük bir teknik hata aort yetmezliği ile sonuçlanır. Bu ise pulmoner kapaktaki gibi olmayıp hemodinamik yönden ağır ve tolere edilmesi güç veya imkansız bir durumdur. Hemen replasman gerekebilir. 3 yaprakcıklı kapaklarda durum daha kolay ve sonuçlar daha iyidir. Biküspid olanlarda hemen veya erken gelecekte replasmana gitme riski daha fazladır. Pulmoner kapaktaki gibi kubbe tarzı kommissursuz kapaklar aortada görülmezler. En küçük bir laserasyonun çok ciddi bir komplikasyon olarak karşımıza çıkacağı ve replasman gerektireceğini düşünürsek, gözü kapalı bir balon valvüloplastinin bu grupta hiç yeri olmadığı hemen söylenebilir.

b) Romatizmal:

Bu grupta kommissurotomi cerrahi olarak da söz konusu değildir. Hemen daima ameliyat replasman

şeklinde dir. Dolayısıyla balon valvüloplastisi için de hiçbir indikasyon nedeni düşünülemez.

Tartışılabilir tek durum, narkoz alamayacak kadar genel durumu bozuk, çok yaşlı hastalarda, hastaya birkaç ayla, 1-2 yıl arasında hayatı uzatabilmek ümidiyle balon riskinin göze alınıp alınmamasıdır. Genelde bu kapaklar son derece rigid kireçli ve balonla orifisin genişleme ihtimali yok denecek kadar az olan fixe kapaklardır. Ayrıca bu kapaklarda balon valvüloplastisi sırasında her an bir veya multiple calcium embolisi olabilir. Bunlar beyin ve extremitelere gidip, hemipleji ve ciddi dolaşım bozuklukları yapabildikleri gibi, koronerlere giderek ventrikül fibrilasyonu ile ani ölümlere de yol açabilirler. Bu hastalara bu şartlar altında en modern ve tecrübeli kateter odalarında bile yardımcı olmak çok güçtür.

IV - TRIKÜSPİD

a) Kongenital:

Çok az rastlandığı için fazla birşey söylemek zordur. Balonla açmak kolay olabilir de bu sırada yetmezlik husule getirme ihtimali de kolaylıkla mümkündür. İzole bir lezyon olarak, nadir olup, daha ziyade ve gene seyrek olarak açık kalp cerrahisi uygulanan başka patolojiler sırasında müdahale edildiğinden, pratikte balon valvüloplastisi yönünden bir önemi yoktur.

b) Romatizmal:

Pratikte görülmeyen bir hastalıktır. Binlerce kalp ameliyatının arasında ben hiç rastlamadım. Bunun balon valvüloplastisi ile üzerinde durulacak bir ilişkisi olacağını zannetmiyorum.

Cerrah gözüyle ve tecrübelerime dayanarak şahsi görüşlerimi şöyle özetleyebilirim:

Balon valvüloplastisi için: Pulmoner kapakta her zaman indikasyon vardır. Sonuçlar iyi olacaktır. Değerli bir müdahaledir. Aortta çok risklidir. İyi sonuç ihtimali çok azdır. Kanımca uygulanmamalıdır. Mitralde şartlara bağlı olarak indikasyon düşünülebilir. Triküspid de ise vaka sayısı pratik bir değer taşımayacak kadar azdır. Cerrah gözüyle bu güncel konuda bugünkü görüşlerimi açıklamış bulunuyor. Değişen teknik şartlar, artan tecrübe ve bazı şu anda düşünemediğimiz yan faktörler bu görüşlerde ufak tefek değişikliklere neden olabilir de temelde görüşlerimin aynı kalacağını kuvvetle tahmin ederim.