

## Çok Genç Hastalarda Koroner Baypas Cerrahisi

### *Coronary Bypass Surgery in Very Young Patients*

Ciddi koroner arter hastalığında cerrahi (KABG) tedavi uzun dönem sağkalımı artırmakta ve bu yarar son yıllarda yapılan randomize çalışmaların tekrar gözden geçirilmesi ile bir kez daha gösterilmiştir (1). Bunun yanı sıra bazı subgrupların KABG konusunda daha az riskli ve daha fazla yarar sağlayacakları umulmasına rağmen, European Coronary Surgery Study Group tarafından yapılan geniş bir çalışmada genç baypaslı hastaların 10 yıllık takiplerinde umulan yarar gösterilememiştir (2). Bu çalışmadan 5 yıl sonra yinelenen genç baypaslı gruptan oluşan başka bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış ve mortalite erişkinlere göre daha yüksek bulunmuştur (3). Bu beklenmeyen durumun; geç hastaların medikal tedaviden de daha fazla yarar görmeleri, sigara içiminin devam etmesi, yüksek olumsuz lipid profili, erken diyabet varlığı ve malign hipertansiyon ile ilgili olabileceği tartışılmaktadır (4-6). Ancak değişen ve gelişen kardiyolojik yaklaşım ve sekonder koruma yöntemleri sayesinde, özellikle genç hastalarda erken dönemde gerekli uygulamaların yapılması ve değiştirilebilir risk faktörlerinin düzeltilmesi KABG'nin yararı konusunda önemli ilerlemeler kaydetmiştir (7-9). Sadece antitrombotik tedavi bağımsız olarak 1 yıllık koroner greft patensisini %30 azaltmaktadır (10). Buffet ve ark. yine genç 86 KABG'li hastada yaptıkları analizlerde, bütün olgularda internal mammaryal arter (IMA) kullanmışlar ve 10 yıllık mortaliteyi %7 bulmuşlardır (11). Yine Cleveland Klinik tarafından <36 yaş KABG li hastalarda genel olarak IMA kullanılmış ve 10 yıllık mortaliteyi biraz daha düşük bulmuşlarsa da, bu düşüklük gruptaki dislipidemi ve ana koroner hastalarının daha azlığı ile ilgili bulunmuştur (5). Daha sonra French ve grubu tarafından genç KABG'li hastalarda yapılan çalışmada (ortalama 8.3 yıllık takipte); internal mammaryal arter kullanılan, aspirin alan, lipid düşürücü tedavi alan, sol ventrikül "remodeling" i üzerine olumlu etkisi olan ilaç kullanan, sıkı diyabet ve tansiyon kontrolü yapılanlarda yapılmayanlara göre anlamlı yarar sağladıkları tespit edilmiştir (12). Fakat aynı çalışmada tüm genç olgularda mortalite ilk 30 günde %1.8, perioperatif

infarktüs %9.5 olarak bulunmuştur. French ve ark. tarafından yapılan ve 1995 de yayınlanan bu çalışmada mortalitenin biraz daha düşük olması, bu dönemlerde geliştirilen postoperatif koruyucu tedbirler ve medikasyonların devreye girmesi ile ilgili olduğu düşünülebilir. Baypas operasyonuna giden genç hastaları içeren geniş bir vaka serisinde risk faktörleri incelendiğinde; olguların %62 sinin erken miyokardial infarktüs, %83 ünde sigara içiciliği, %79 unda hiperkolesterolemi, %66 sında ailesel koroner arter hastalığı hikayesi tespit edilmiş ve bu değerler normal erişkinlere göre genç grupta belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (13). Yine aynı çalışmanın devamında, genç grupta hipertansiyon oranı %25 ve diyabet insidansı ise %6'dır. Demirkılıç ve ark. (14) tarafından kaleme alınan AKD'nin bu sayısındaki çalışmada, yazarların kendi çalışma gruplarındaki genç hastalarda tespit ettikleri risk profili literatür ile benzerliklerinin yanı sıra, farklılıklar da içermektedir. İleri yaş grubunda diyabet sıklığı toplumda ve koroner arter hastalarında daha sık olmasına karşın burada sunulan çalışmada oldukça yüksektir (%33.3), yine genç grupta geçirilmiş infarktüs ve aile hikayesi beklenenden daha düşüktür (sırasıyla %23 ve %38). Olguların 17 sine 2-5-7 inci yıllarda kontrol anjiyografi yapılmış ve greftlerin tamamen salim olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular tip II diyabetli ve Behçetli olgular için, literatür ile karşılaştırıldığında önemli bir gözlem ve başarıdır. Ancak bu verilerin başarısının ardında yatan incelikler tartışılmamış ve hatta literatür ile olan farklılıklarının nedenleri irdelenmemiştir. Bu konuda olgu seçim farklılıkları, yöntem ve takip farklılıkları daha yararlı olabilirdi. Ayrıca çalışmada "Bulgular" bahsinin 5 ve 6'ncı paragraflarında; 3 olguya 1998-2001 yılları arasında, 1 olguya 2000 yılında ve 3 erkek hastaya 2000-2001 yılında baypas yapıldığı ifade edilmekte ve 7'inci paragrafta ise bu olgulara 7 yıllık kontrol anjiyografi yapıldığı ifade edilmektedir. Bu çalışma 2003 yılında kaleme alındığına göre 2001 de yapılan bir koroner baypas ın 7 yıllık kontrol "anjiyo"su nasıl olabilir? Bu durumun yanlış anlaşılması bakımından açıklanması yararlı olacaktır.

Koroner baypas cerrahi öncelikle ven greftler ile başlamış, ancak daha sonra arteriyel greftlerin kullanılması ile baypas patensi oranları belirgin olarak artmıştır. Arteriyel greftlerin üstünlükleri büyük oranda, adventisya ve media tabakalarının olması ve koroner arter ile benzerlik göstermeleri, damar çaplarının yaklaşık aynı olması, damar kompliyansının arteriyel basınçla uyumlu olması, endotelial mediatörlerin benzerlik göstermeleri ve uyumlu distensibiliteleri ile ilgilidir. Yakın zamanda yayınlanan 256 olgulu bir çalışmada, İMA arterlerinin yanı sıra gastroepiploik arterde kullanılmış ve 7 yıllık total bağımsız sağkalım oranı %91 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada her 3 arteriyel greftin gerek patensi ve gerekse olaysız yaşam bakımından belirgin olarak üstünlüğü gösterilmiştir (15). Daha sonrasında yapılan bir çok çalışmada da arteriyel greftlerin üstünlüğü teyit edilmektedir. Demirkılıç ve ark.nın (14) çalışmasında literatürle uyumlu olarak arteriyel greftler kullanılmış ve beklenen başarılı patensi oranları da elde edilmiştir. Özellikle genç, diyabetik ve romatolojik koroner tutulumu olan olgularda mutlaka arteriyel greft kullanmak ve risk faktörlerini yakın takip ve tedavi etmek şüphesiz çok yararlı olacaktır.

**Dr Sinan Dağdelen,  
Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi  
Kardiyoloji Anabilim Dalı**

### Kaynaklar

1. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P, et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomized trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaborati-on. Lancet 1994;344:563-70.
2. Varnauskas E. Twelve-year follow up of survival in the randomized European Coronary Surgery Study. N Engl J Med 1988;319:332-7.
3. Rahimtoola SH, Fessler CL, Grunkemeier GL, Starr A. Survival 15 to 20 years after coronary bypass surgery for angina. J Am Coll Cardiol 1993;21:151-7.
4. Blankenhorn DH, Nessim SA, Johnson RL, Sanmarco ME, Azen SP, Cashim-Hemphill L. Beneficial effects of combined colestipol-niacin therapy on coronary atherosclerosis and coronary venous bypass grafts. JAMA 1987;257:3233-40.
5. Lytle BW, Kramer JR, Golding LR, et al. Young adults with coronary atherosclerosis: 10 year results of surgical myocardial revascularization. J Am Coll Cardiol 1984; 4: 445-53.
6. Kelly ME, DeLaria GA, Hajafi H. Coronary artery bypass surgery in patients less than 40 years of age. Chest 1988;94:1138-41.
7. Simons LA, Simons J. Coronary risk factors six to 12 months after coronary artery bypass graft surgery. Med J Aust 1987;146:573-80.
8. Cohen MV, Byrne MJ, Levine B, Gutowski T, Adelson R. Low rate of treatment of hypercholesterolemia by cardiologists in patients with suspected and proven coronary artery disease. Circulation 1991; 83: 1294-304.
9. Agnew TM, French JK, Neutze JM, et al. The role of dipyridamole in addition to aspirin in the prevention of occlusion of coronary artery bypass grafts. Aust N Z J Med 1992; 22: 665-70.
10. Henderson WG, Goldman S, Copeland JG, Moritz TE, Hasker LA. Antiplatelet or anticoagulant therapy after coronary artery bypass surgery: a meta analysis of clinical trials. 1989;111:743-50.
11. Buffet P, Colasante B, Bischoff N, et al. Fifteen-year follow-up study of coronary surgery with left internal mammary artery bypass grafting to the left anterior descending artery in patients younger than 40 years. Eur Heart J. 1993;14(suppl):171.
12. French JK, Scott DS, Whitlock RML, et al. Late Outcome after coronary artery bypass graft surgery in patients <40 years old. Circulation 1995;92:14-9.
13. Graziosi GC, Wolterbeek DW, Kappetein AP, Huysmans HA. Risk factors in coronary artery bypass surgery for patients 40 years of age and younger. Thorac Cardiovasc Surg 1994; 42: 259-63.
14. Demirkılıç U, Bolcal C, Küçükarslan N, et al. Çok genç hastalarda (20-29 yaş) koroner arter bypass greft cerrahisi orta ve geç dönem sonuçları. Anadolu Kardiyol Derg 2004; 4: 25-29.
15. Bergsma TM, Grandjean JG, Voors AA, Boonstra PW, Heyer P, Ebels T. Low recurrence of angina pectoris after coronary artery bypass graft surgery with bilateral internal thoracic and right gastroepiploic arteries. Circulation 1998;97:2402-5.