

EDİTÖRYEL YORUM EDITORIAL COMMENT

Açık Kalp Ameliyatları ve Yoğun Bakımda Re-Eksplorasyon

Reexploration in the Intensive Care Unit and Open Heart Surgery

Geniş bir hasta serisini içeren kanama ve tamponad nedeniyle yoğun bakımda reoperasyon sonuçlarını sunan meslektaşlarıma deneyimlerini bizlerle paylaştığı için teşekkür ederim. Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların yaklaşık %2-6'sı değişik nedenlerle erken postoperatif dönemde tekrar açılır (1-4). Bu nedenler içerisinde kanama ve kanamaya bağlı tamponad, ciddi aritmeye bağlı fibrilasyon veya arrest, greft trombozu, ECMO uygulanması gibi nedenler sayılabilir. Bunlar arasında en sık görüleni kanama ve tamponad olguların yaklaşık % 80'ini oluşturur (1).

Reoperasyona alınan olgular içerisinde masif kanaması olan, arrest veya fibrilasyon gelişen olgular en ağır grubu oluşturur. Bu olguların ameliyathaneye alınacak kadar zamanları olmayabilir. Bu grup hastaların yoğun bakımda acil olarak eksplore edilmeleri hayat kurtarıcı olabilir. Fairman ve ark. (5) bu şekilde yoğun bakımda ameliyata aldığı bu gruptaki 74 olgunun %30'unda yaşam sağlayabilmişlerdir.

Masif olmayan kanamalarda ve tamponad olgularında genellikle hastayı ameliyathaneye ulaştırabilecek zaman vardır. Tamponad gelişen olgularda öncelikle arteriyel tansiyonda progresif bir düşme, taşikardi, santral venöz basınçta yükselme, idrar çıkımında azalma görülür. Ancak ani masif kanamalarda ani tamponad olabilir ki bu da masif kanamalar içerisinde değerlendirilebilir.

Fiser ve ark. (1) 272 hastalık bir seride kanama ve tamponad nedeniyle yoğun bakımda reoperasyon uygulamışlardır. Bu çalışmalarında kanama ve tamponad olan bütün olgular çalışmaya alınmış olup mortalite oranı %8'dir. Yine Dacey ve ark.nın (3) 305 hastalık bir seride mortalite oranları %9.5'dir. Bu çalışmada da bütün kanama ve tamponad olguları birlikte değerlendirilmiştir.

Anadolu Kardiyoloji Dergisinin bu sayısında yayımlanan Özatik ve ark.nın (6) çalışmasında yoğun bakımda açılan olgularda mortalite oranı %37.8, ameliyathanede açılan olgularda ise %17.1'dir. Genel mortalite ise %23.9'dur.

Bu yüksek mortalitede acaba yoğun bakım koşullarının ameliyathaneye kıyasla yetersiz kaldığına yorumlanabilir mi?

İkinci husus yoğun bakımda açılan grupta 185 hastanın 101'i, ameliyathanede açılan 385 hastanın

da 118'i tamponad nedeniyle açılmıştır. Kısacası 570 hastanın 219'u tamponad bulguları oluştuktan sonra opere edilmiştir. Acaba reoperasyon kararında gecikme olduğu söylenebilir mi?

Kanama ve tamponad nedeniyle gecikmeksizin zamanında girişim ve girişim yapılan ortamın fiziksel koşulları ve yeterli ekip ve ekipman başarı açısından son derece önemli faktörlerdir. Hastanın yoğun bakımda açılmasının tek avantajı zaman kazandırmasıdır. Ayrıca ameliyathanesi uzak olan merkezlerde hasta transport sorunlarını ortadan kaldırılmasında yararlı olur. Bunun yanında yoğun bakımda bir hasta için ayrılan mekan sınırlıdır. Bu alanda ameliyat lambası, koter, alet masası, bazı olgularda intraaortik balon pompası, perfüzörler gibi bir çok ekipmanı yerleştirme sorunu vardır. Ayrıca hasta yatağı ameliyat masası kadar konforlu değildir. Yine ameliyat anında kullanılacak pek çok sütür ve diğer malzemeler ameliyathaneden taşınacaktır. Ortamın sterilizasyonunun sağlanması her zaman mükemmel olmayabilir. Yukardaki nedenlerle çok acil olgular dışında kanama ve tamponad nedeniyle açılacak olguların ameliyathane koşullarında eksplore edilmelerinin daha doğru olacağı kanısındayım. Aksi takdirde rutin olarak eksplorasyonlar yoğun bakımda yapılacaksa yoğun bakım koşullarının ameliyathane standartına getirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmadaki (6) sonuçlara bakıldığında zaman istatistiki olarak anlamlı olmasa da mediastinit, sepsis, pnömoni, kan ürünleri kullanımı, yoğun bakımda açılan olgulardan daha fazladır. Mortalite oranı ise beklenenin üzerindedir. Bu nedenle bu çalışmaya dayanarak kanama ve tamponad nedeniyle hastaların re-eksplorasyonunun yoğun bakımda yapılmasının yararlı olduğu sonucuna varamayız.

Sonuç olarak önerim abondan kanamalar, kardiyak arrest, fibrilasyon, ani gelişen ciddi hemodinamik bozukluğu olan olgular yoğun bakımda açılabilir. Klasik bilgiler de bu yöndedir. Diğer olguların ameliyathanede ameliyata alınması doğru olacaktır.

Dr. İsa Durmaz
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
İzmir

Kaynaklar

1. Fiser SM, Tribble CG, Kern JA, Long SM, Kaza AK, Kron IL. Cardiac reoperation in the intensive care unit. *Ann Thorac Surg* 2001; 71: 1888-93.
2. Munoz JJ, Birkmeyer NO, Dacey LJ, et al. for the Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. Trends in rates of reexploration for hemorrhage after coronary bypass surgery. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 1321-5.
3. Dacey LJ, Munoz JJ, Baribeau YR, et al. for the Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. Reexploration for hemorrhage following coronary artery bypass grafting: incidence and risk factors. *Arch Surg* 1998; 133: 442-7.
4. Sellman M, Intonti MAM, Ivert T. Reoperations for bleeding after coronary bypass procedures during 25 years. *Eur J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 11: 521-7.
5. Fairman RM., Edmunds LH. Emergency Thoracotomy in the surgical intensive care unit after open cardiac operation. *Ann Thorac Surg* 1981; 32: 386-91.
6. Özatik MA, Göl K, Budak B, et al. Açık kalp ameliyatları sonrası kanama veya tamponad nedeniyle yoğun bakımda yapılan re-eksplorasyonlar. *Anadolu Kardiyol Derg* 2004; 4: 19-22.