



Olgu Sunumu

Koroner Arter “By-Pass” Sonrası Nadir Görülen Bir Komplikasyon: Peptik Ulkus Perforasyonu

Vedat ERENTUĞ*, Denyan MANSUROĞLU*, Suat Nail ÖMEROĞLU*, İbrahim UYAR*
Esat AKINCI*, Cevat YAKUT*

* Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İSTANBUL

Açık kalp cerrahisi sonrası majör gastrointestinal problemler %0.3-3 arasında görülmektedir^[1]. Postoperatif dönemde uygulanan sedasyon ve postoperatif analjezinin semptomları saklaması nedeniyle tanıda genellikle geç kalınmaktadır. Hastanede kalış süresini uzatmaları yanında %12-67 arasında mortalite ile sonuçlanmaktadır^[2].

OLGU SUNUMU

Bir yıldır göğüs ağrısı ve baş dönmesi şikayeti olan 72 yaşındaki erkek hasta, ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize refere edildi. Dinlemekle sol boyunda karotis arter üzerinde sistolik üfürüm duyuluyordu. Solunum sesleri kaba, ekspiryum uzamış idi. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Gastrointestinal sistem (GİS)'le ilgili yakınması yoktu. Yapılan koroner anjiyografide kritik üç damar hastalığı tespit edildi. Karotis Doppler ultrasonografisinde; sağ internal karotid arter %100 tıkalı, sol internal karotid arterde %95-98 darlık tespit edildi. Elektrokardiyogram, telegrafi ve laboratuvar bulguları normal idi. Hastaya koroner arter “by-pass” greftleme (CABG) ve karotis

endarterektomi yapılması planlandı. Premedikasyonda, ameliyat gecesi 5 mg ağızdan ve sabah 10 mg intramusküler diazepam verildi. Operasyona alınan hastaya pavulon ve fentanil ile indüksiyon yapılarak genel anestezi sağlandı ve aynı ajanlarla anesteziye devam edildi. Önce sol karotid arter eksplere edildi. Şant kullanılarak endarterektomi + safen patchplastisi yapıldı. Ardından median sternotomi yapıldı. Sirkumfleks ve sağ koroner arter sahasında greftlenmeye uygun damar bulunamadığı için, çalışan kalpte tekli CABG yapılması planlanarak “Activated Clotting Time (ACT)” 200 saniyenin üzerinde tutulacak şekilde heparin yapıldı. İnternal torasik arter-sol anterior “descending” anastomozu, çalışan kalpte gerçekleştirildi. Heparin, anastomoz sonrası bire/bir oranında nötralize edildi. Operasyondan sorunsuz çıkıldı. İnfeksiyon profilaksisi ikinci kuşak sefalosporin ile ve gastrointestinal profilaksi ranitidin 3 x 150 mg intravenöz (IV) olarak verildi. Ekstübe edildikten sonra oral famodin 40 mg/gün olarak devam edildi. Postoperatif sekizinci saatte ekstübe edilen hastaya

Yazışma Adresi: Dr. Denyan MANSUROĞLU

Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

oral aspirin 150 mg/gün, coumadin 2.5 mg/gün başlandı. Hastada ikinci günde sol fasiyal paralizi gelişmesi üzerine, antiödem tedavi (dek-sametazon 16 mg/gün, mannitol 6 x 75 mL) antiasit ve H₂ reseptör blokleri IV olarak devam edildi. Postoperatif dördüncü gün hastada nefes darlığı, kabızlık, huzursuzluk ve karın ağrısı gelişti. Fizik muayenesinde batında hassasiyet, "rebound" mevcuttu. Teleradyografide sağ subdiyafragmatik bölgede serbest hava görülmesi üzerine ayakta, direkt batın grafisi çekildi. Batında hava-sıvı seviyeleri ve suprahepatik hava tespit edilmesi üzerine, nazogastrik sonda takılarak batın dekompresyonu yapıldı. Hasta yarı acil şartlarda ameliyata alındı. Sol paramedian insizyon ile batın açıldı. Duedonum ikinci kısmında yaklaşık 1 cm çapında perforasyon tespit edildi. Batın serum fizyolojik ile irrigé edilerek, 3/0 tevdik ile perforasyon primer onarılarak omentoplasti yapıldı. Subhepatik loja bir adet dren konularak operasyondan çıkıldı. Hasta dördüncü saatte ekstübe edildi. Hastada ileri derecede kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olması ve postoperatif dönemde bronkospastik ataklar gelişmesi nedeni ile solunum fizyoterapi ve medikal tedavi ile hasta rahatlatıldı. Akciğer problemleri düzelen hasta, postoperatif 34. günde gastroenteroloji bölümüne başvurması önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Açık kalp cerrahisi sonrası GİS komplikasyonları oldukça nadir olup, %0.3-3, mortalite oranları %12-67 arasında değişmektedir^[2]. GİS komplikasyonları arasında gastroduodenal ülser en sık görülmekte ve bunu kolesistit, pankreatit, intestinal iskemi, peptik ulcus perforasyonu, GİS kanaması, ileus ve sarılık takip etmektedir^[3].

İlerlemiş yaş, kadın cins, reoperasyon, acil, kombine veya kompleks cerrahi girişimler, bozuk sol ventrikül fonksiyonları, periferik arter hastalığı, KOA, düşük fonksiyonel kapasite, diabetes mellitus, düşük kalp debisi, vazopresör kullanımı, uzamış pompa ve kross klemp zamanları, intraaortik balon pompa gereksinimi, uzamış ventilatör desteği, sternal infeksiyon ve peptik ülser hikayesi, kronik renal yetmezlik, konjestif kalp yetmezliği, GİS komplikasyonlarının gelişmesinde önemli risk faktörleridir^[1,2,4,5].

Düşük kalp debisi; yetersiz doku perfüzyonu ile mukozal iskemi ve akut gastrointestinal fokal nekrozların oluşmasına neden olmaktadır. Özellikle ventrikül fonksiyonları bozuk olan hastalarda yüksek doz inotrop kullanımının gerekmesi, asidozu arttırarak vazokonstriksiyon ve gastrointestinal disfonksiyona neden olmaktadır^[4]. Stres ülseri, mukozal atrofi, ülser profilaksisine bağlı bakteriyel floranın değişmesi ve bariyer fonksiyonlarının bozulması ile artmış permeabilite, bakteriyel translokasyon, sepsis ve multiorgan yetmezliğine neden olmaktadır^[6]. Christenson ve arkadaşları, visseral hipoperfüzyonun CABG operasyonu sonrası görülen GİS komplikasyonlarının en önemli nedeni olduğunu bildirmişlerdir^[1].

Erken tanıda klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları yeterli olamamaktadır^[5]. Ateş, beyaz küre sayısında artma (20.000/mm³), abdominal distansiyon, hassasiyet gibi sepsisin hemodinamik bulguları akut batın ile karışabilir^[4]. Bu nedenle tanıya ulaşmak genellikle zor ve geç olmaktadır. Sadece laboratuvar bulguları ile kolesistit, bağırsak perforasyonu, mezenterik iskemi ve pankreatit ayrımı oldukça güçtür. Ayakta direkt batın grafisi, abdominal ultrasonografi ve endoskopi gerekebilmektedir. Peritoneal lavaj ve eksploratif laparotomi tanıda oldukça yararlıdır.

Yüksek riskli hastalarda uzamış kardiyopulmoner "by-pass"tan ve hipoperfüzyondan kaçınmak, vazopresörleri tedbirli kullanmak, erken ekstübasyon, düşük kalp debisi durumunda ek tedbirler almak, oluşabilecek GİS komplikasyonlarını azaltabilir. GİS kanaması, pankreatit ve ileus konservatif tedaviye yanıt verirken; kolesistit, bağırsak iskemisi ve/veya perforasyon laparotomi gerektirir. Gecikmiş tanı ve tedavi bu komplikasyonlardaki morbidite ve mortaliteyi arttırmakta ve uzun süren hastane bakım ve tedavisini gerektirmektedir. Ott ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, preoperatif kronik renal yetmezliği, multipl medikal problem ve konjestif kalp yetmezliği hikayesi olan hastalarda postoperatif dönemde intraabdominal komplikasyonların oldukça fazla olduğunu ve postoperatif monitörizasyonlarının daha dikkatlice yapılması gerektiğini bildirmişlerdir^[5].

Kardiyovasküler cerrahi uygulanacak hastalar preoperatif dönemde peptik ülser, kolesis-

tit, pankreatit ve divertikülit açısından iyi sorulanmalı ve dikkatli fizik muayene yapılmalıdır. Risk faktörleri varsa gerekli profilaktik önlemler alınmalı, dispepsi hikayesinin olması durumunda simetidin, ranitidin gibi H₂ reseptör antagonistleri, proton pompa inhibitörleri ve gerekirse antiasitler preoperatif dönemden başlanmalı, postoperatif altıncı haftaya kadar devam edilmelidir. Bu grup hastaların postoperatif dönemde GİS komplikasyonu için aday oldukları akıldaki tutulmalıdır.

Operasyon esnasında, kardiyopulmoner "by-pass" kısa tutulmalı, hipotansiyondan kaçınılmalıdır. İnotrop kullanılması gerekirse, visseral vazodilatatör etkili olan dopamin seçilmelidir. GİS mobilizasyonu için erken enteral beslenmeye geçilmeli, perioperatif ve postoperatif düşük kalp debisi durumlarında erken müdahalede bulunulmalıdır. Kanama durumunda masif kan transfüzyonundan kaçınmak için erken retoraktomi yapılmalıdır.

Hastamızda koroner arter anastomozu çalınan kalpte yapıldığı için hasta, kardiyopulmoner "by-pass"ın yan etkilerinden korunmuştur. Ancak ileri yaş, KOAH, kombine karotid endarterektomi yapılmış olması, salisilik asit ve coumadin tedavisine başlanması ve postoperatif dönemde gelişen fasiyal paralizinin steroid tedavi gerektirmesi, duodenal perforasyon gelişmesi için predispoze faktör oluşturdu. Hastanemizde 1985 yılından bu yana 12.000 CABG operasyonu gerçekleştirilmiş olup, sadece altı olguda (%0.05) peptik ulkus perforasyonu gö-

rüldü. Bu hastalardan ilk dördüne 1990 yılı öncesinde müdahalede bulunuldu. Kanımızca H₂ reseptör antagonistleri ve proton pompa inhibitörlerinin ülser tedavisi ve profilaksisinde kullanılması, bu komplikasyonları azaltmıştır.

GİS komplikasyonu olabileceği düşünülen durumlarda klinik, radyolojik, laboratuvar, endoskopik ve laporoskopik muayenelerin hızlıca yapılması; morbidite, mortalite oranını ve hastanede kalış süresini azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Christenson JT, Schmuzinger M, Maurice J, Siment F, Velebit V. Gastrointestinal complications after coronary by-pass grafting. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994;89:899-906.
2. Krasna MJ, Flancbaun L, Trooskin ZS, et al. Gastrointestinal complications after cardiac surgery. *Surgery* 1988;104:733-80.
3. Rosemurgy AS, Mc Allister E, Karl RC. The acute surgical abdomen after cardiac surgery involving extracorporeal circulation. *Ann Surg* 1988;107:323-6.
4. Akpınar B, Sağbaş E, Güden M, et al. Acute gastrointestinal complications after open heart surgery. *Asian Ann Cardiovasc Thorac* 2000;8:109-13.
5. Ott MJ, Buchman TG, Baumgartner WA. Postoperative abdominal complications in cardiopulmonary by-pass patients: A case-controlled study. *Ann Thorac Surg* 1995;59:1210-3.
6. Ohri SK, Bjarnason I, Pathi V, et al. Cardiopulmonary by-pass impairs small intestinal transport and increases gut permeability. *Ann Thorac Surg* 1993;55:1080-6.