

OLGU 2

Atriyal Fibrilasyon Hastasında Kriyobalon Ablasyonu Olgusu

Mehmet ÇELİK¹

Olgu Sunumu

3 yıldır semptomatik paroksizmal atriyal fibrilasyon (PAF) ile takip edilen 66 yaşında bayan

hastaya transkateter kriyobalon ile pulmoner ven izolasyonu (PVI) işlemi planlandı. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) vardı, CHA2DS2-VASc skoru 4 hesaplandı. Farmakolojik tedavi olarak propafenon 150 mg 3x1, bisoprolol 5 mg 1x1, apiksaban 5 mg 2x1 ve perindopril 5 mg 1x kullanıyordu. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal, 2. derece mitral yetersizliği mevcuttu ve sol atrium (LA) hafif dilateydi (LA maksimum volüm indeksi: 27 ml/m²). İşlem öncesi yapılan transözefageal ekokardiyografide (TEE) LA ve sol atriyal appendikste (LAA) trombus izlenmedi.

Hasta işleme alındığında sinüs ritmindeydi ve işlem lokal anestezi altında gerçekleştirildi. Sol femoral ven yoluyla diagnostik katater sağ ventrikül apeksine, dekapolar katater koroner sinüse (CS) yerleştirildi. Sağ femoral ven yoluyla 0.32mm tel üzerinden septostomi kateteri (HeartSpan® Fixed Curve Braided Transseptal Sheath) süperior vena cavaya (SVC) gönderildi. Ardından 0.32mm tel çıkarılıp septostomi iğnesi (Merit, USA) kateter dışına çıkmayacak şekilde kateter distaline kadar ilerletildi. Daha sonra floroskopi eşliğinde CS kateterinin konumu referans alınarak septostomi işlemi gerçekleştirildi. Septostomi sonrası hastaya 10.000 iu intravenöz (iv) heparin yapıldı ve işlem boyunca ACT 300 civarında seyredecek şekilde hastaya iv heparin uygulandı. Septostomi iğnesi üzerinden septostomi kateteri sol atriya ilerletildi. Daha sonra kıvrık tel aracılığıyla septostomi kateteri, FlexCath kateter (Medtronic, USA) ile değiştirildi. Achieve™ haritalama kateteri (Medtronic, USA) üzerinden 28 mm ikinci nesil

¹ Uzm. Dr., Kartal Koşuyolu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, ccelik.mmehmet@gmail.com

re-enteran devrelerini önler. Ancak teknik olarak zor olması, artmış miyokardiyal iskemiyeye ve kanamaya neden olması nedeniyle Cox-MazeIII yaygın kabul görmedi.

Cox-Maze IV: “Cut-and-sew” tekniği yerine elektriksel bariyer oluşturmak için ısıtmayı ya da dondurmayı kullanan ablasyon yönetmi kullanılmaktadır. Prosedürün başarısı transmural tam kat lezyon oluşturulmasına ve elektriksel iletimi sağlayacak boşluk kalmamasına bağlıdır. Ablasyon sırasında enerji kaynağı olarak; tek kutuplu RFA (kuru ve sulu), bipolar RFA (kuru ve sulu), mikrodalgaya, yüksek yoğunluklu odaklı ultrasonografi, kriyoablasyon kullanılmaktadır (2).

Sonuç

Yaşlanan nüfusa bağlı artan AF prevalansı nedeniyle AF gelecekte daha önemli hale gelecektir. Teknolojideki gelişmeler ve AF ile ilgili araştırmaların artışı AF’yi daha iyi kavramamıza ve tedavi seçeneklerinin oldukça gelişmesini sağlamıştır. Ancak AF’nin patofizyolojisi ile ilgili birçok gizem hala devam etmektedir. Devam eden araştırmalarla AF’de daha etkili ilaç tedavileri ve ablasyon teknikleri yakın gelecekte geliştirilecektir.

Kaynaklar

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2021;42:373-498.
2. Andrade JG, Wazni OM, Kuniss M, et al. Cryoballoon Ablation as Initial Treatment for Atrial Fibrillation: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2021;78:914-30.
3. Canpolat U, Kocyigit D, Aytemir K. Complications of Atrial Fibrillation Cryoablation. *J Atr Fibrillation.* 2017;10:1620.