

YETİŞKİNLERDE SUBAORTİK STENOZ CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN AV TAM BLOK VE GEÇ DÖNEM VSD KOMPLİKASYONLARINA YAKLAŞIM

Abdulcebbar ŞİPAL¹

GİRİŞ

Subaortik stenoz yaklaşık %6.5 prevalansı ile yetişkin konjenital kalp hastalıkları içinde önemli yer tutar (1). Erkeklerde yaklaşık iki kat daha sık görülür. Yaklaşık %60 vakada diğer konjenital kardiyak anomaliler eşlik eder (2). İlerleyici ve cerrahi tedavi sonrası önemli oranda tekrarlayıcı özelliğe sahiptir (3). Yakın zamanda patofizyolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla subaortik stenoz (SAS), akkiz bir hastalık olarak da kabul edilmeye başlanmıştır. Yenidoğan döneminde nadiren tanı konan bu patoloji çoğunlukla ilk dekatta; ilerleyici sol ventrikül çıkış yolu (LVOT) darlığı, sol ventrikül hipertrofisi (LVH) ve aort yetersizliği (AY) gelişmiş olarak tanı alır (4). Yetişkin hastalar genellikle asemptomatik olup; angina pectoris, bayılma, çarpıntı, efor dispnesi ve kalp yetersizliği gibi spesifik bulgular geç dönemde ortaya çıkar. Subaortik stenoz tanısı için seçilecek test ekokardiyografidir. En iyi tedavi seçeneği cerrahi rezeksiyon olup; prognoz genellikle mükemmeldir. Ancak operasyon komplikasyonları açısından hastaların postoperatif dönemde yakın takibi önemlidir. Biz bu vakada ameliyat esnasında nadir olmayan bir komplikasyon olan iyatrojenik VSD'nin orta geç dönemde de ortaya çıkabileceğini vurgulamayı amaçladık.

VAKA

Daha öncesinde bilinen hastalık öyküsü olmayan 38 yaşında kadın hasta erken yorulma, efor dispnesi ve çarpıntı şikayetleri ile kardiyoloji polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede; arteriyel kan basıncı 125/83 mmHg, kalp hızı 81/dk atım hızında olup; oskültasyonla aort odağında midsistolik ve erken diyastolik üfürüm duyuldu. Yapılan transtorasik ekokardiyografide (TTE) ejeksiyon fraksiyonu %66, ciddi sol ventrikül hipertrofisi, LVOT' de anlamlı gradient yapan subaortik membran ve hafif derecede aort yetersizliği tespit edildi. Daha detaylı değerlendirme amacıyla transözefagiyal ekokardiyografi (TEE) yapıldı. Yapılan iki ve üç boyutlu TEE' de LVOT' de yaklaşık 55 mmHg ortalama gradient oluşturan subaortik membran ve hafif derecede AY doğrulandı (resim-1 ve resim-2). Semptomatik subaortik stenoz tanısıyla hasta operasyon için kalp damar cerrahisine yönlendirildi.

Ciddi LVH eşlik eden semptomatik hastaya cerrahi membran rezeksiyonu ve miyektomi yapıldı. İntraoperatif TEE ve postoperatif birinci günde hastaya yapılan kontrol TTE' de anlamlı gradient saptanmadı. Hastanın takiplerinde postoperatif beşinci günde AV tam blok gelişti. Takiplerinde AV tam bloğu düzelmeyen hastaya iki

¹ Uzm. Dr. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dr.sipal@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-6379-8342

TARTIŞMA

Subaortik stenoz ilk defa 1842'de Chevers tarafından tanımlanmıştır (5). Subaortik darlık prenatal ve yenidoğan döneminde nadiren görülür. Haya-tın ilk dekadında daha sık karşılaşılır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide genetik ve hemodinamik bir çok faktörün etkili olduğu düşünölmektedir. Akkiz bir kardiyak patoloji olduğu da kabul edilir (6). Yaklaşık %60 vakada diğer konjenital kardiyak anomaliler eşlik eder (2). Transtorasik ekokardiyografi ve doppler temel tanı aracıdır. Subaortik darlık temel olarak; membranöz tip (en sık), fibromusküler tip ve tünel tipi olarak üç grupta sınıflandırılır (7). Tedavi tartışmasız olarak cerrahi girişimdir. Prognoz cerrahi sonrası çok iyi olmakla beraber, özellikle kadın cinsiyette ve 30 yaş sonrası tanı konulan hasta grubunda daha sık olmak üzere tekrarlama potansiyeli taşımaktadır (8). Subaortik darlık tedavi edilmez ise uzun dönemde aort yetersizliği, sol ventrikül hipertrofisine bağlı iskemik miyokardiyal hasar, kalp yetersizliği, aritmi ve enfektif endokardit gibi klinik tablolar gelişebilir (9). Subaortik darlık cerrahisi, diskret membranın rezeksiyonu şeklinde olmakla beraber; darlığın tipi, hastanın yaşı ve eşlik eden diğer kardiyak patolojilere göre septal miyotomi veya miyektomi, kalbin bazalinin rekonstrüksiyonu, tekli veya çiftli kapak replasmanı ve kardiyak transplantasyona kadar olan kompleks cerrahi kapsar (10).

Subaortik darlık, ileri yaş hasta grubunda sıklıkla asemptomatik olması veya çarpıntı, nefes darlığı gibi nonspesifik semptomlar nedeniyle uzun süre farkedilemeyebilir. Bizim hastamızda erken yorulma, efor dispnesi ve çarpıntı şikayetleri mevcuttu. Semptomatik olan hastamızda, ciddi gradient oluşturan ve ciddi LVH eşlik eden subaortik membran rezeksiyonuna ek olarak miyektomi yapıldı. SAS cerrahi sonrası, LVOT' nin kardiyak ileti yolları, AV kapaklar ve septum gibi önemli anatomik yapılara yakın olması sebebiyle komplikasyon gelişme potansiyeli yüksektir. Özellikle bizim hastamızda olduğu gibi gradienti çok yüksek ve LVH' ı ciddi olan hastalarda agresif rezeksiyon yapılması muhtemel rekürrensi azaltabilir; ancak AV tam blok gibi hastayı pacemaker bağımlı yapabilir, VSD gibi intrakardiyak şant oluşmasına zemin de oluşturabilir. Bizim vakamızda da olduğu

gibi interventriküler septumda cerrahi travmaya bağlı defekler sadece operasyon esnasında ortaya çıkmayabilir. Cerrahi travmaya bağlı muhtemel kronik inflamatuvar süreç interventriküler septumda geç dönemde defektle sonuçlanabilir. Bu nedenle SAS cerrahisi yapılan hastaların rekürrens açısından takibe alınmasının yanında, özellikle ilk üç aylık dönemde orta-geç dönem komplikasyonlar açısından da yakın takibi önemlidir.

SONUÇ

Diskret subaortik stenozun temel tedavisi cerahi rezeksiyon ve gerekli vakalarda ek olarak miyektomi yapılmasıdır. İntraoperatif komplikasyonlar ameliyat esnasında müdahale edilerek kontrol altına alınabilir; ancak bizim vakamızda olduğu gibi ameliyat sonrası erken dönemde AV tam blok ve orta-geç dönemde ventriküler saptal defekt (VSD) ortaya çıkabileceğinden; bu hasta grubunun yakın takibi gereklidir.

KAYNAKÇA

1. Barekatin A, Fanari Z, Hammami S, et al. Subvalvular aortic stenosis. *Del Med J*. 2015;87:346-348.
2. Binet JP, Losay J, Demontoux S, Planche C., Langlois J. Subvalvular aortic stenosis: long-term surgical results. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1983;31(2): 96-100.
3. Erentug V, Bozbuga N, Kirali K., Goksedef D., Akinci E., Isik O., Yakut C. Surgical treatment of subaortic obstruction in adolescent and adults: longterm follow-up. *J Card Surg*, 2005; 20(1): 16-21.
4. Sharma BD, Mittal S, Kasliwal RR, et al. Discrete subvalvular aortic stenosis. *J Assoc Physicians India*. 2000;48:1103-1106.
5. Roughneen PT, DeLeon SY., Cetta F, Vitullo DA., Bell TJ., Fisher EA., et al. Modified Konno-Rastan procedure for subaortic stenosis: indications, operative techniques, and results. *Ann Thorac Surg*, 1998; 65(5):1368-75.
6. Kleinert S., Ott DA., Geva T. Critical discrete subaortic stenosis in the newborn period. *Am Heart J*. 1993;125(4): 1187-9.
7. Firpo C., Maitre Azcárate MJ., Quero Jiménez M., Saravalli O. Discrete subaortic stenosis (DSS) in childhood: a congenital or acquired disease? Follow-up in 65 patients. *Eur Heart J*. 1990;11(11): 1033-30.
8. Van der Linde D, Roos-Hesselink JW, Rizopoulos D, et al. Surgical outcome of discrete subaortic stenosis in adults: a multicenter study. *Circulation*. 2013;127:1184-1191, e1-e4.
9. Cilliers AM., Gewillig M. Rheology of discrete subaortic stenosis. *Heart*. 2002;88(4): 335-6.
10. Van Arsdell G., Tsoi K. Subaortic stenosis: at risk substrates and treatment strategies. *Cardiol Clin*, 2002;20(3): 421-9.