

KONSTRİKTİF PERİKARDİT

Serkan GÜME¹

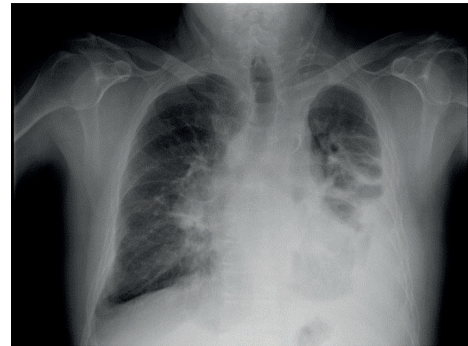
GİRİŞ

Konstriktif perikardit, kalbin normal diyastolik doluşunu kısıtlayan, değişik derecelerde kalınlaşmış, fibrotik ve sıklıkla kalsifik perikard ile karakterize, postinflamatuvar bir hastalıktır. Konstriksiyon etiyolojiye bağlı olarak akut, subakut (aylar) veya kronik (yıllar) olarak gelişebilir. Gelişmiş ülkelerde oldukça nadir görülen tüberküloz, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde konstriktif perikarditin en sık nedenidir. Kronik konstriktif perikardit medikal tedavi altında iken bile ilerleyici bir hastalıktır. Ödem veya efor intoleransı olan ve tanı konan hastalarda cerrahi perikardiyektomi gerekir. Perikarda komplet cerrahi rezeksiyon uygulanır. Kronik konstriktif perikardit tanısı, perikardiyektomi ameliyatı için çoğunlukla yeterli bir endikasyon olmasına rağmen, basının fizyolojik etkileri hafif ve özellikle bazı ciddi hastalıklarla birlikte bulunursa, semptom ve işaretler barizleşene kadar perikardiyektomi ertelenebilmektedir.

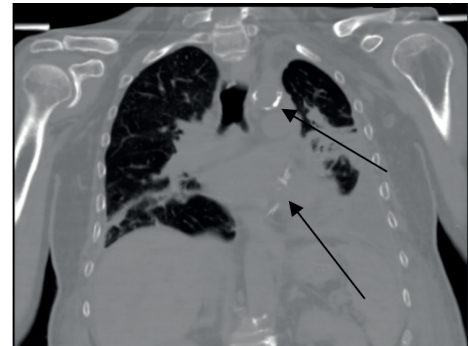
Konstriktif perikardit, perikardın fibrozisi ve değişik derecelerde kalınlaşması sonucu kalbin diyastolik dolumunu kısıtlayan perikardiyal bir hastalıktır. Perikardın her iki tabakası genellikle birbirine yapışmıştır. Perikarditin akut ve subakut formlarında sonrasında perikardiyal efüzyona neden olan fibrin birikimi gözlenebilir. Bu da genellikle perikardiyal inflamasyon, kronik fibrotik skar, kalsifikasyon gibi durumlara neden olabilmektedir. (1).

VAKA

65 yaşında erkek hasta son birkaç gündür giderek artan hafif egzersizle gelişen dispne ve göğüs ağrısı şikayetleriyle Acil Servis'e başvurdu.



Resim 1: Acil Servis'e ilk başvuru akcięer grafisi



Resim 2: Toraks BT'de intraaortik ve perikardiyal kalsifikasyonlar görülmekte.

¹ Uzm. Dr. Serkan GÜME, Batman Bölge Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, s.gume@hotmail.com

ventrikül, pulmoner arter ve sağ ventrikül üzerindeki perikard rezeke edilmeli, ardından atriyumlar ve vena kava serbestleştirilmelidir.

Perikardiyal eksizyon mümkün olduğunca fazla yapılmalıdır. Cerrahinin etkinliği operasyon sırasında santral venöz basıncın yüksek iken normale dönmesi ile takip edilebilir. Cerrahi sırasında kanama ve ventriküler duvar rüptürleri gibi komplikasyonlar görülebilir.

Video torakoskopi gibi perikardiyal boşluğa ulaşmak için farklı yaklaşımlar da geliştirilme aşamasındadır. Bu yöntemin kullanılması perikardiyal hastalıkların teşhis ve tedavi aşamasında yardımcı olabilir (9). Bu yöntemde perikard rezeksiyonu kalbin manipülasyonu kısıtlı olması nedeniyle sınırlı bir şekilde yapılabilmektedir.

Postoperatif dönemde sıvı kısıtlamasına dikkat edilmelidir. Özellikle ileri evre hastalarda miyokardiyal fonksiyon da bozulabileceği için vakada da anlatıldığı gibi inotropik destek ihtiyacı olabilmektedir. Buna rağmen kardiyak output düşük seyrediyorsa İABP desteği, gerekirse ECMO desteği düşünülmelidir.

Perikardiyektominin mortalitesi %5-20'dir. Montreal Kalp Enstitüsü'nde yapılan bir çalışmada hastane mortalitesi %7,9 olarak bulunmuş ve semptomların başlamasından sonraki 6 ay içinde cerrahi geçiren hastalarda mortalite daha düşük saptanmıştır (10). Preoperatif klinik durum ve hastayla ilişkili komorbid durumlar da mortalite riskinin belirlenmesinde önemlidir. Perioperatif mortalite etiyojolojiye bağlı olarak da değişkenlik göstermektedir. Viral veya idiyopatik nedenli olanlarda radyoterapiye bağlı olanlara göre daha iyi seyretmektedir.

Konstriktif perikarditte ölüm nedenleri arasında progresif kalp yetmezliği, sepsis, böbrek yetmezliği, solunum yetmezliği ve aritmiler sayılabilir.

TARTIŞMA

Konstriktif perikardit hızla ilerleyebilen ve zamanında tanı konulmadığında ciddi seyredebilen bir hastalıktır. Cerrahi tedavisi olan perikardiyektomi ise yüksek mortalite ve morbiditeyle ilişkilidir. Mortalite oranları çeşitli etiyojolojik faktörlere bağlı

olarak değişebilmektedir. Neoplastik hastalıklar, düşük kardiyak debi ve reoperasyonlar daha yüksek mortalite oranları ve daha kısıtlı fonksiyonel iyileşmeyle ilişkilidir. Sağkalım aynı zamanda rezeksiyonun derecesi ile de ilişkilendirilmiştir. Bunun yanında cerrahinin zamanlaması da önem taşımaktadır. En uygun zaman belirlenerek hastalar elektif operasyona alınmalıdır. Fakat yukarıdaki vakada anlatıldığı gibi bazı hastalarda multiorgan yetmezliği bulguları görülerek acil operasyon da gerekebilmektedir.

Median sternotomiyle perikardiyektomi standart yaklaşım olmasına rağmen bu yöntemle kalbin manipülasyonu ve posterior perikardın rezeksiyonu zor olmaktadır. Bir çalışmada total endoskopik robotik perikardiyektomi yapılan 20 hastada mortalite olmadığı ve ciddi morbiditenin gözlenmediği, bu yöntemle perikardiyektominin güvenle yapılabileceği, tüm hastalarda semptomların gerilediği ve hastaların yaşam kalitesinin düzeldiği belirtilmiştir (11)

Postoperatif komplikasyonlar plevral efüzyon, pnömoni, uzun dönem ventilatör bağımlılığı, düşük kardiyak debi, reoperasyon, akut böbrek yetmezliği, hepatik yetmezlik ve yara yeri enfeksiyonları olarak belirtilmiştir. (12)

KAYNAKLAR

1. Brockington GM, Zebede J, Pandian NG. Constrictive pericarditis. *Cardiol Clin.* 1990 Nov. 8(4):645-61.
2. Shabetai R. *Pericardial Disease: etiology, pathophysiology, clinical recognition, and treatment.* New York NY: Churchill Livingstone; 1995. 1024-35.
3. Bertog SC, Thambidorai SK, Parakh K, et al. Constrictive pericarditis: etiology and cause-specific survival after pericardiectomy. *J Am Coll Cardiol.* 2004 Apr 21. 43(8):1445-52.
4. Dal-Bianco JP, Sengupta PP, Mookadam F, Chandrasekaran K, Tajik AJ, Khandheria BK. Role of echocardiography in the diagnosis of constrictive pericarditis. *J Am Soc Echocardiogr.* 2009 Jan. 22(1):24-33; quiz 103-4.
5. Talreja DR, Edwards WD, Danielson GK, et al. Constrictive pericarditis in 26 patients with histologically normal pericardial thickness. *Circulation.* 2003;108:1852-1857
6. Tuna IC, Danielson GK. Surgical management of pericardial diseases. *Cardiol Clin.* 1990 Nov. 8(4):683-96.
7. Ling LH, Oh JK, Schaff HV, et al. Constrictive pericarditis in the modern era: evolving clinical spectrum and impact on outcome after pericardiectomy. *Circulation.* 1999 Sep 28. 100(13):1380-6.
8. [Guideline] Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, et al, Task Force on the Diagnosis and Management of Peri-

cardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary; The Task force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European society of cardiology. *Eur Heart J*. 2004 Apr. 25 (7):587-610.

9. Clare GC, Troughton RW. Management of constrictive pericarditis in the 21st century. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2007 Dec. 9(6):436-42.
10. Vistarini N, Chen C, Mazine A, et al. Pericardiectomy for constrictive pericarditis: 20 years of experience at the Montreal Heart Institute. *Ann Thorac Surg*. 2015 Jul. 100 (1):107-13.
11. Husam H. Balkhy, MD, FACC, Robotic Assisted Pericardiectomy for Constrictive Pericarditis. 2018
12. Biçer, M., Özdemir, B., Kan, İ. *et al*. Long-term outcomes of pericardiectomy for constrictive pericarditis. *J Cardiothorac Surg* 10, 177 (2015)