

BÖLÜM 4

AORT KOARKTASYONU

Kanat ÖZİŞİK¹

Mustafa YILMAZ²

Arif ÖZBAY³

TANIM

Aort koarktasyonu, aortanın proksimalde sol subklaviyen arter ile distalde duktus arteriosusun (PDA) birleşim yeri arasında yerleşim gösteren konjenital darlık durumudur. Darlık bazen daha proksimalde, sol karotis ile sol subklaviyen arterler arasında da izlenebilir. Görülme sıklığı her 1000 canlı doğumda 0.2-0.6 dır ve tüm konjenital kalp hastalıklarının %5-8 ini teşkil eder. PDA, ventriküler septal defekt (VSD), biküspit aortik kapak ve mitral kapak anomaliler gibi birçok ek kardiyak anomali ile birliktelik gösterebilir¹.

TARİHÇE

Aort koarktasyonu tamiri ilk defa 1944 yılında Crafoord tarafından başarıyla uygulandı. Ardından, 1945 yılında Gross, rezeksiyon ve uç uca tamir yöntemi ile kendi klinik serisini raporladı. Uzun bir süre sadece büyük çocuk hastalarda başarıyla uygulanabilen bu yöntem, 1955 yılında Mustard tarafından yenidoğan bir hastada başarıyla uygulandı. Ancak, bu yöntemin uygulandığı küçük çocuk hastalarda yüksek oranda rekoarktasyon ile karşılaşıldı. Bunun üzerine 1966 da Waldhausen, çepeçevre sütür hattının gerektiği uç uca anastomoz yerine, subklaviyen flap aortoplasti tekniğini cerrahi literatüre kazandırdı. İlerleyen dönemlerde edinilen deneyimlerle, koarktasyon alanındaki duktal dokuların genişçe rezeke edilmesi ile birlikte uç uca anastomoz tekniği ile tatmin edici sonuçlar elde edildi. Teknolojideki gelişmeler ve yenidoğan bakım hizmetlerinin iyileşmesi, zamanla yenidoğan yaş grubundaki kritik koarktasyonlu hastalarının tanı almasına ve cer-

¹ Prof. Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği sozisik2002@yahoo.com

² Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği mustafayz1983@gmail.com

³ Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ozbayarif@gmail.com

Özetle cerrahi işlem esnasında;

1. Aort klempı mümkün olduğu kadar kısa tutulmalı
2. Anastomoz, tekrar klemp konmayacak şekilde özenle dikilmeli
3. Moderate hipotermi, 34-35 derece, sağlanmalı
4. Cerrahi onarım esnasında Yüksek proksimal kan basıncı sağlanmalı (100-120 mm Hg infant, 160-200 mm Hg büyük Çocuk)
5. Ortalama distal mean basınç >45 mm Hg yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mavroudis C, Backer C. Pediatric cardiac surgery: Blackwell Publishing Ltd; 2013.
2. Gardner T, Spray T. Operative Cardiac Surgery, Fifth Edition: Hodder Education; 2004.
3. Jonas R. Comprehensive surgical management of congenital heart disease: CRC press; 2002.
4. Kouchoukos NT, Blackstone EH, Hanley FL, Kirklin JK. Kirklin/Barratt-Boyes Cardiac Surgery E-Book: Elsevier Health Sciences; 2012.
5. Stark JF, De Leval MR, Tsang VT, Courtney M. Surgery for congenital heart defects: John Wiley & Sons; 2006.
6. Tanous D, Benson LN, Horlick EM. Coarctation of the aorta: evaluation and management. Curr Opin Cardio 2009;24(6):509-15.
7. Torok RD, Campbell MJ, Fleming GA, Hill KD. Coarctation of the aorta: management from infancy to adulthood. World J Cardio 2015;7(11):765-75.
8. Budoff MJ, Shittu A, Roy S. Use of cardiovascular computed tomography in the diagnosis and management of coarctation of the aorta. J Thorac Cardiovasc Surg 2013;146(1): 229-32.
9. Panzer J, Bové T, Vandekerckhove K, De Wolf D. Hypertension after coarctation repair-a systematic review. Transl Pediatr 2022;11(2):270-279.