



ONKOLOJİK HASTALARDA KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ SONRASI TAKİP

Yiğit KÖSE¹

KABG cerrahisi olsun kapak cerrahisi olsun tüm kanser hastalarında postoperatif takipler yaşamsaldır. Şimdiye kadar bildirilen sonuçlara göre kardiyak cerrahi geçiren kanser hastalarının takiplerinde kardiyak mortalite normal populasyondan farklı değildir. Mortalite kanser ve ilişkili medikal sorunlardan meydana gelmektedir. [1,2,3,4].

Genel popülasyonda olduğu gibi takiplerde en önemli kıstas fizik muayene, kardiyolojik muayene, cilt muayenesi ve nörolojik muayenedir. Oskültasyonda fark edilen üfürümler kapak ve sol ventrikül disfonksiyonları açısından uyarıcıdır. Splinter hemorajiler, Janeway lezyonları, Osler nodülleri, retinal hemorajiler endokardit açısından uyarıcıdır. Hemogram, periferik yayma, enfeksiyondan şüphelenildiğinde 3 set halinde kan kültürleri, enfeksiyon belirteçleri, koagülasyon belirteçleri takip edilmelidir. Kanser hastalarında malignite veya antikanser tedavinin kemik iliği supresyon etkisi ile pansitopeni olabileceğinden özellikle kapak replasmanı yapılan hastalarda periferik yayma hemolitik anemi tanısı için önemlidir. Hiperkoagülabilité durumu nedeni ile pulmoner emboli, geçici iskemik atak, stroke veya asemptomatik embolik olaylar malignite hastalarında kardiyak cerrahi sonrası daha fazla görülmektedir. Tümör doku faktörü ve hiperviskozite venöz tromboembolilerin ve pulmoner embolilerin potansiyel sebebidir. [2,4]

Özellikle hematolojik malignitesi olan hastalarda perioperatif hemorajik komplikasyonları kontrol altında tutmak zorlayıcı ve önemlidir. Kan transfüzyonu gerekliliği hastaların %80'inden fazlasında olmaktadır [4]. Bu yüksek transfüzyon ihtiyacı oranları yüksek respiratuvar komplikasyon oranı, uzamış mekanik ventilasyon ihtiyacı, artmış pnömoni, mediastinit ve sepsis oranları için de açıklayıcıdır.

¹ Op. Dr. SBÜ Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KVC Kliniği yigitkose89@hotmail.com

Sonuç olarak tıp bilimi ilerledikçe yaşlı popülasyonu artmakta, bu popülasyonda sık karşılaşılan kardiyak hastalıklar ve malignitelerin eş zamanlı karşımıza çıkma olasılığı da buna paralel artmaktadır. Bu zorlayıcı eş zamanlı sorunlarla başa çıkma yöntemlerimiz şöyle özetlenebilir:

1. Maligniteye ait ayrıntılı anamnez alınmalı, kardiyovasküler yapıları etkileme potansiyelindeki durumlar belirlenmeli, cerrahi planlaması ve postoperatif beklenti buna göre oluşturulmalıdır. Tümörün tipi ve tedavisi özellikle de aktif fazda ise operatif riski artırabilir, prohemorajik veya prokoagülan bir durum oluşturabilir.
2. Hasta anamnezi ve uygulanan antikanser tedaviler öğrenilerek uygun tanısal ve preoperatif çalışmaları yapmak operasyonun fayda / zarar oranını belirlemede çok önemlidir.
3. Kanıtlanmış net bilgiler olmasa da şimdilik ekstrakorporeal sirkülasyon uygulamasının malignite rekürrensine, mevcut malignitenin disseminasyonuna veya azalmış malignite tedavi şansına yol açmadığı görülmektedir. Yine de gerekli durumlarda kaçınılabilir.
4. Koagülasyon bozukluklarına, antibiyotik profilaksilerine ve perioperatif monitorizasyona mümkün olduğunca fazla dikkat edilmelidir.
5. İleri evre veya aktif malignite varlığında konkomitan cerrahi planlamak orta ve uzun dönem sonuçlarda olumsuz gözükmemektedir, cerrahi karar aşaması ve hasta seçimine özen gösterilmelidir.
6. Malignitenin aktiflik durumu ve prognozu orta ve uzun dönem sonuçları değerlendirmede hesaba katılmalıdır.

Tüm bunlar göz önüne alınırsa kardiyak cerrahi gerekliliği bulunan kanser hastalarının mümkün olan en iyi tedavi ve bakımı almaları sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Azpitarte J. Cardiac surgery in the cancer patient. *Rev Esp Cardiol* 2008 Apr;61(4):349-51
2. Carrascal Y, Gualis J, Arévalo A, Fulquet E, Flórez S, Rey J, et al. Cirugía cardiaca con circulación extracorpórea en pacientes oncológicos: influencia en la morbilidad quirúrgica y la supervivencia. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:369-75
3. Lorusso R, Vizzardi E, Johnson DM ve ark. Cardiac surgery in adult patients with remitted or active malignancies: a review of preoperative screening, surgical management and short- and long-term postoperative results. *Eur J Cardiothorac Surg* 2018;54:10-8.
4. Chan J, Rosenfeldt F, Chaudhuri K, Marasco S. Cardiac surgery in patients with a history of malignancy: increased complication rate but similar mortality. *Heart Lung Circ* 2012;21:255-9
5. Kucukarslan N, Tatar T, Uzun M ve ark. Coronary artery bypass surgery in patients with malignancy: a single center study with comparison to patients without malignancy. *J Card Surg* 2009; 24:151-155

6. Martin R, Delgado JM, Molto JM ve ark. Cardiovascular reflexes in patients with malignant disease. *Ital J Neurol Sci* 1992; 13:125-129
7. Chang AS, Smedira NG, Chang CL, Benavides MM, Myhre U, Feng F, et al. Cardiac surgery after mediastinal radiation: extent of exposure influences outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;133: 404-13
8. Salvatorelli E, Menna P, Cantalupo E, Chello M, Covino E, Wolf FI et al. The concomitant management of cancer therapy and cardiac therapy. *Biochim Biophys Acta* 2015;1848:2727–37-