

P-11**TRANSKATETER YÖNTEM İLE
YERLEŞTİRİLEN ASD CİHAZININ SAĞ
ATRİYUMA MİGRASYONU SONRASI
ACİL CERRAHİ YAKLAŞIM**KABUKÇU H, ŞAHİN N, ERBASAN O,
TİTİZ T*AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KALP
DAMAR CERRAHİ
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD***Giriş:**

Atriyal septal defekt (ASD), çocuklarda konjenital kalp hastalıkları içinde oldukça sık görülür. Yetişkinlerde ise en sık karşılaşılan konjenital kalp hastalığıdır. ASD Girişimsel kalp kateterizasyonu ile kapatılabilen başlıca kalp defektleri arasındadır.

Olgu:

ASD tanısı alan 63 yaşında, kadın hastaya perkütan transkateterizasyon yöntemi ile Amplatzer 32 mm septal okluder ile defekti kapatılması sonrası izleminde aritmisi olması üzerine yapılan kontrol ekokardiyografide cihazın sağ atriyuma düştüğü saptandı ve hasta Kalp Damar cerrahisi tarafından acil operasyonuna alındı.

Operasyon odasına alınan hastanın hemodinamik verileri; SAB:120/60 mmHg, KH 110 /atım /dk atrial fibrilasyon, SpO2 % 97 idi. Hastaya invazif arter monitörizasyonu sonrası anestezi indüksiyonuna başlandı. Midazolam 0.1 mg/kg, tiyopental 4mg/kg, fentanil 2 µ/kg ve rokuronyum 0.6 mg/kg ile entübasyon yapıldı. Entübasyondan sonra sağ internal juguler vene santral venöz kateter uygulandı.

Mediyan sternotomiye takiben standart aortik ve bikaval kanülasyonu sonrası

kardiyopulmoner bypass'a geçildi. Kardiyopulmoner bypass sonrası atriyotomi yapıldı ve ASD kapatmak için yerleştirilen cihaz sağ atriyumda görüldü, penset ile alınarak çıkartıldı. ASD perikardial greft ile onarıldı. Aortik kros klemp süresi 60 dk, bypass süresi 85 dk sürdü. By pass süresince 2 Ü eritrosit süspansiyonu 1 Ünite taze donmuş plazma kullanıldı. Hasta 2 gün yoğun bakımda 3 gün serviste izlenerek komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Tartışma:

ASD'nin transkateter yöntemlerle kapatılma işlemi mediyan sternotomi insizyonundan ve kardiyopulmoner bypass uygulamasının dezavantajları nedeniyle alternatif tedavi yöntemi olmuştur. Bunun yanında transkateter kapamanın, bizim olgumuzdaki gibi cihazın migrasyon ve embolizasyon gibi komplikasyonları olduğu unutulmamalıdır. Komplikasyonların cihaz boyutundaki uygunsuzluğun yanı sıra defekt anatomisindeki boyutsal değişkenlikten de kaynaklanabileceği bu işlemin uygulayıcıları tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç:

Küçük ve orta büyüklükteki ASD olgularında perkütanöz endovasküler girişim oldukça güvenli ve efektif bir yöntemdir. Ancak perkütanöz girişim sonrasında komplikasyon gelişen olgularda erken ve doğru yaklaşım hayat kurtarıcı olabilmektedir.