

Editöre Mektup

Açık Kalp Cerrahisine Alınacak Hastalarda Kanser Taraması Yapalım mı?

Gülbin AYGENCEL*

Sayın editör,

Açık kalp cerrahisi başta koroner arter baypas (pompa ile veya atan kalpte) ve kalp kapak replasmanı cerrahileri olmak üzere oldukça özellikli, zahmetli ve pahalı cerrahilerdir. Cerrahi, anestezi, kardiyopulmoner baypas ve ameliyat sonrası yoğun bakım izlemindeki gelişmeler açık kalp cerrahisine giden hastalarda uzun dönem sağkalım sonuçlarını önemli oranda iyileştirmiştir. Ancak yine de bu cerrahiye gidecek hastaların seçiminde dikkatli olmak gereklidir. Dünya nüfusunun giderek yaşlanması ile birlikte bu cerrahi operasyonlar artık daha ileri yaşlarda yapılır hâle gelmiştir. Ancak, ileri yaşlar hem fonksiyonel ve kognitif kayıpların sık yaşandığı hem de solid ve hematolojik kanserlerin sık görüldüğü yaşlardır.

Burada açık kalp cerrahisinden kısa bir süre sonra yoğun bakım ünitemize yatan, bu yatıştan hemen önce veya ünitemizdeki yatışı sırasında kanser tanısı alan 3 hasta sunulmuştur. Bu olgular ile “Bu kadar zahmetli bir cerrahi olan açık kalp cerrahisi öncesi (bazı) hastalarda kanser taraması yapalım mı?” sorusuna dikkat çekilmek istenmiştir.

OLGULAR

Olgu 1

Altmış yedi yaşında erkek hasta geçirdiği akut koroner olay sonrası yapılan koroner anjiyografide 3 damar hastası bulunmuş, baypas cerrahisi önerilmiş

Alındığı tarih: 04.05.2015

Kabul tarihi: 20.05.2015

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Yazışma adresi: Prof. Dr. Gülbin Aygencel, Beşevler 06500 Ankara

e-mail: aygencel@hotmail.com

ve bir dış merkezde bu cerrahi yapılmış. Hasta taburculuktan 5 gün sonra yüksek ateş, hâlsizlik ve genel durum bozukluğu nedeniyle opere olduğu merkeze başvurmuş; hastada lökositoz ve derin anemi tespit edilmiş. Bunun üzerine hastaya enfeksiyon hastalıkları ve hematoloji konsültasyonu istenmiş. Enfeksiyon hastalıkları sternum arkasında kolleksiyon tespit etmiş ve abse düşünerek antibiyotik tedavisi başlamış. Hematoloji bölümü ise hastanın periferik yaymasını değerlendirmiş, yaymada blastlar görülmesi üzerine “akut lösemi” düşünerek hastayı hastanemizin hematoloji bölümüne yönlendirmiş. Hastanemizin hematoloji bölümüne yatırılan hastaya yapılan tetkikler sonucunda akut myeloid lösemi (AML) M4 tanısı konulmuş ve kemoterapi başlanmıştı. Ancak, kemoterapinin 2. gününde septik şok gelişen hasta yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Entübe edilen, mekanik ventilasyon desteğine alınan, retrosternal kolleksiyon alanı girişimsel radyoloji tarafından boşaltılan, antibiyotik değişikliği yapılan ve böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyalize alınan hasta yoğun bakım ünitemize yatışının 1. haftasında sepsis, septik şok ve çoklu organ yetmezliği nedeniyle eksitus oldu. Bu arada hasta yakınlarından hastaya baypas öncesi hemoglobin düşüklüğü nedeniyle 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildiği öğrenildi.

Olgu 2

Yetmiş yaşında erkek hasta, 6 yıl önce mitral valv replasman ameliyatı geçirdiği merkeze nefes darlığı şikayeti ile başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde non-fonksiyone mitral protez kapak görülmesi üzerine acil operasyona alınmış ve kapağı yine değiştirilmiş. Operasyon sonrası ateşi çıkan hastada çekilen AC grafisinde sol hilustan apekse uzanan şüpheli bir kitle lezyonu görülmüş. Hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ve arkasından da Pozitron Emisyon Tomog-

rafi/Bilgisayarlı Tomografi (PET/BT) çektilmiş. Sol akciğerde, hiler ve mediastinal lenf nodlarında, karaciğerde, srenal bezlerde ve vertebralarda malign karakterde (maksimum standart tutulum değeri-SUVmax:7-17 arasında) tutulum gösteren kitle lezyonları görülmüş. Hasta 10. günde taburcu edilmiş. Eve çıktıktan 3 gün sonra yüksek ateş ve genel durum bozukluğu nedeniyle hastanemiz acil servisine başvuran hasta, ürosepsis ve akut böbrek yetmezliği tanıları ile yoğun bakım ünitemize alındı. Hasta uygun antibiyotik ve destek tedavisi ile septik şoktan çıktı ve genel dâhiliye servisine devir edildi. Burada kuvvetle muhtemel akciğer kanseri düşünülen hastada histopatolojik tanı konulması amacıyla önce göğüs hastalıkları bölümünden bronkoskopik örnek alınması isteği ile konsültasyon istendi. Ancak hastanın bunu tolere edemeyeceğine karar verildi. Girişimsel radyoloji bölümüne konsulte edilen hastadan BT eşliğinde sol üst lobtaki kitleden biyopsi alındı. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı alan hastaya performansı nedeniyle kemoterapi veya radyoterapi verilmesi planlanmadı. Eve oksijen tedavisi ile gönderilen hasta 2 hafta sonra acil servise bilinç bozukluğu ve konvulziyon nedeniyle başvurdu ve kranial metastazları saptandı. Acilde yatışının 2. gününde hasta eksitus oldu. Hastanın 60 paket-yıl sigara içme öyküsü vardı ve hasta hâlen sigara içmekteydi.

Olgu 3

Diyabet ve hipertansiyonu bulunan 66 yaşında erkek hasta 5 yıldır kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyalize giriyormuş. Göğüs ağrısı nedeniyle yapılan koroner anjiyografi sonrası baypas olmasına karar verilmiş ve hastanemizde baypas yapılmış. Hasta postoperatif mekanik ventilatörden ayrılamama nedeniyle yoğun bakım ünitemize alındı. Hastanın ünitemizdeki takibi sırasında alt gastrointestinal sistem kanaması gelişti. Yapılan rektosigmoidoskopisinde rektumda malign karakterli ülsere lezyon görüldü. Karın distansiyonu ve karın ağrısı nedeniyle çekilen abdominal BT'de ise karaciğer ve vertebralarda metastaz ile uyumlu kitle lezyonları tespit edildi. Hasta stabilize olduktan sonra rektumdaki bu lezyondan biyopsi alındı ve patoloji sonucu adenokanser olarak raporlandı. Mekanik ventilatörden ayrılamayan hastaya trakeostomi açtırıldı. Hasta 1. ayın sonunda hâlen yoğun bakım ünitemizde takip edilmektedir. Hasta yakınlarından, hastada son 1-2 yıldır zaman za-

man makattan kanamalar olduğu ve bunun hemoroide bağlandığı öğrenildi.

Ülkemizde ilk defa 1963 yılında yapılan açık kalp cerrahisi hızla gelişerek dünya standartlarında bir başarıya ulaşmıştır. Şu an Türkiye'de 207 merkezde ve yıllık 60 bin civarında açık kalp cerrahisi yapılmaktadır ^[1]. Kalp cerrahisi maliyeti yüksek cerrahilerden biridir. Yalnızca ameliyat değil arkasından gelen yoğun bakım ve hastanede kalış süreçleri ile, rehabilitasyon süreçleri ve iş gücü kayıpları da maliyeti oldukça artırmaktadır. Bu nedenle de hastaların çok iyi seçilmesi, operasyon öncesi çok iyi değerlendirilmesi, ek hastalıklarının çok iyi bilinmesi ve kontrol altında olması gerekmektedir.

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Kalp cerrahisi de artık daha yaşlı hastalara uygulanmaktadır. İleri yaş kardiyovasküler ve serebrovasküler olay görülme sıklığını artırırken, kanser görülme sıklığını da artırmaktadır. Gerek dünyada gerekse Türkiye'de en sık görülen ve en sık öldüren hastalıklar sıralamasında kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkları kanserler izlemektedir. Türkiye'de koroner kalp hastalığının prevalansı %4-%5, insidansı ise %0.3-%0.4 arasında değişmektedir. Buna göre ülkemizde, her yıl yaklaşık olarak 250-300 bin yeni koroner arter hastasının olması beklenmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının verilerine göre şu anda ülkemizde yaklaşık olarak 3-3,5 milyon koroner arter hastası olduğu tahmin edilmektedir ^[2]. Türkiye'deki kanser insidansı ise 2010 yılı verilerine göre 100 bin kişide 215.1'dir. Yurdumuzda 2012 yılındaki kanser hastası sayısı 1 milyon 234 bin 328 kişidir. Her yıl 159 bin kişi yeni kanser tanısı almaktadır ^[3]. Bu hastalıkların toplumda bu kadar yaygın görülmesi elbette bir takım olgu örtüşmelerine neden olacaktır. Ancak, büyük bir cerrahi planlanırken verilen emeğin ve maliyetin boşa gitmemesi, iş gücü kayıplarının en aza indirilmesi, operasyondan sonra hastanın kaldığı yerden yaşamına aktif bir şekilde devam etmesi istenmektedir. Sağkalımın aylar veya birkaç yıl ile sınırlandırıldığı kanser hastalarında böyle bir cerrahinin ne kadar yararı olabilecektir?

Ülkemizde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı 2010 yılı verilerine göre erkekte

akciğer, prostat, kolon kanserleri ilk üç sırayı alırken, kadında meme, tiroid ve kolon kanserleri ilk üç sıradadır^[3]. Akciğer kanseri harici diğer kanserler tarama ile erken teşhis ve tedavi edebilecek kanserlerdir. Bu nedenle acaba, “Belli yaşın üstünde açık kalp cerrahisine alınacak hastaları sık görülen kanserler yönünden tarayalım mı?”, “Bu ne kadar maliyet etkin olur?” gibi soruların sorulması, belirli platformlarda tartışılması ve çözüme kavuşturulması gerektiği düşüncesindeyim.

Saygılarımla...

KAYNAKLAR

1. **Kervan Ü, Koç O, Özatık MA, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K, et al.** Türkiye’deki Kalp Damar Cerrahisi Kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerinin niteliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2011;19(4):483-9.
2. **Onat A, Sarı İ, Tuncer M, Karabulut A, Yazıcı M, Türkmen S ve ark.** TEKHARF çalışması takibinde gözlemlenen toplam ve koroner mortalitenin analizi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2004;32:611-7.
3. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2010 Türkiye Kanser İstatistikleri (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitciligi/1446-2010-yılı-turkiye-kanser-istatistikleri.html>)