

# TRAKEOSTOMİSİ BULUNAN BİR HASTADA KORONER ARTER BAYPAS CERRAHİSİ

## *Coronary Artery Bypass Grafting In A Patient With A Tracheostoma*

Dr. İ. Fansa<sup>1</sup> • Dr. V. Bakuy<sup>2</sup> • Dr. B. Mavitaş<sup>2</sup>

### OLGU SUNUMU

#### ÖZET

73 yaşındaki, larenjektomi nedeniyle trakeostomisi bulunan hastanın koroner arter baypas greftleme operasyonu, mediastenit riskinin yüksek olarak öngörülmesi nedeniyle geleneksel median sternotomi yerine, sternotorakotomi insizyonu (clam-shell) yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu yaklaşımın avantajı mediastende iyi bir görüntü sağlamanın yanında baypas grefti olarak her iki internal mammarian arterin (İMA) kullanılabilmesine olanak tanınmasıdır.

**Anahtar kelimeler:** Trakeostomi, koroner arter baypas cerrahisi.

### CASE REPORT

#### ABSTRACT

A 73-year-old man had a tracheostoma and presented with unstable angina. As the standard full sternotomy might cause mediastinitis, we performed the operation through a sternothoracotomy (clam-shell) incision. The advantages of this approach include excellent exposure to the mediastinum and the option of using both internal mammarian arteries (İMA) for bypass grafting.

**Key words:** Tracheostoma, coronary artery bypass surgery.

### GİRİŞ

Larinjektomi geçirmiş ve trakeal stoması bulunan hastalarda mediastinal girişimlerin bir takım güçlükleri bulunmaktadır. Bu hastalarda median sternotomi sternum ve yara iyileşme problemlerine neden olabilmektedir (1). Bunun ötesinde sternal insizyon yapılırken, manubrium ve sternal çentik ile yumuşak dokunun diseksiyonu sırasında kanama ve trakeanın yaralanması gibi istenmeyen, düzeltilmesi güç komplikasyonlar da meydana gelebilmektedir (2). Bu bilgiler ışığında biz parsiyel larinjektomi sonrasında trakeostomi açılmış bir hastada koroner arter köprüleme operasyonunu iki taraflı meme altı insizyonu (clam-shell insizyonu) ve sternotorakotomi ile gerçekleştirdik (3). Bu yaklaşım aynı zamanda kardiyopulmoner baypas uygulaması gerektiren diğer prosedürlerde de gerekli cerrahi alanın sağlanmasında da yeterli olmaktadır.

### OLGU SUNUMU

73 yaşındaki erkek hastaya kardiyak şikayetlerinin başlangıcından 5 yıl önce larinks kanseri nedeniyle sol radikal boyun diseksiyonu ve radyoterapi uygulanmış olup, trakeostomi açılmış ve kanser rekürrens göstermemiştir. Hastanemize başvurduğunda kararsız anjina ve EKG'de DI, aVL, V<sub>1-6</sub> derivasyonlarında ST segment elevasyonu saptanarak koroner anjiyografi yapılan hastanın üç koroner arterinde ciddi darlıklar saptandı. Medikal tedaviye yanıt vermemesi nedeniyle hastaya koroner baypas köprüleme operasyonunun yapılması planlandı.

Anestezi induksiyonu sonrasında hastanın stomasına 8 F endotrakeal tüp yerleştirildi ve steril yapışkan örtüler kullanılarak üzeri kapatıldı. Heparin uygulanmasını takiben sağ ön koltuk altı çizgisinden sol meme başı altına kadar transvers meme-altı cilt insizyonu yapıldı ve dördüncü in-

#### İletişim:

#### Dr. Vedat Bakuy

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara

**GSM:** 0532 626 51 04 • **e-mail:** vedatbakuy@yahoo.com

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Hatay

<sup>2</sup>Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara

terkostal aralıktan diseksiyon ile her iki pleural kaviteye ulaşıldı. Sol torakotomi sırasında sol internal mammarian arterin (İMA) hasar görmemesi ve gerilmemesi için elevasyonun aşırı olmasından kaçınıldı. İMA'nın pedikülü seyri boyunca takip edilerek sternum testeresi ile hasar görmeyecek şekilde arterin medialinden başlayarak sternum ikiye ayrıldı. Sternal üst ve alt uçların retraksiyonunu takiben İMA di-seke edildi, distal ucu kesilerek kliplendi. Aortaya arteriyel ve sağ atriüma venöz kanüller güçlük yaşanmadan yerleştirildi. Kardiyopulmoner baypasa geçildikten sonra safen ven greftlerinin sağ koroner arter posterior dalı ile sirkumfleks arterin obtus marjin dalına anastomozu yapıldı. Sol İMA, sol ön inen arterin kanlandırılmasında kullanıldı ve aort klempinin kaldırılması sonrasında safen ven greftlerinin proksimal anastomozları parsiyel klemp yardımıyla gerçekleştirildi. Operatif prosedür rutin şekilde tamamlandı. Göğüs tüplerinin sternotorakotomi insizyonun altından pleural kavitelere yerleştirilmesini ve sternumun longitudinal olarak sternal teller ile yaklaştırılmasını takiben cilt, cilt-altı



**Resim 1—** Postoperatif 3. günündeki hastanın meme-altı insizyonu.

kapatılarak operasyon sonlandırıldı. Hastanın postoperatif takibinde sorun yaşanmadı ve sternal kesi problemsiz olarak iyileşti (Resim 1).

## TARTIŞMA

Bu vaka göstermektedir ki trakeostomili hastalarda mediastinal enfeksiyon riskini sternotorakotomi insizyonu en aza indirmektedir. Bu insizyon Marshall tarafından modifiye median sternotomi insizyonuna alternatif olarak tanımlanmıştır (4). Bu yaklaşım ile trakeostomiden yeterince uzak bir insizyon ile kardiyopulmoner baypasın ve İMA'nın kolaylıkla hazırlanması için gerekli bir operatif saha oluşturulmaktadır. Bizce en önemli avantajı trakeostominin etrafındaki subkutanöz dokunun diseksiyonuna gerek duyulmamasıdır.

Greft seçimi bir diğer önemli konudur. Sol İMA radyoterapi öyküsü bulunan hastalarda arterin etrafında meydana gelen yapışıklar nedeniyle genellikle tercih edilmemektedir (5). Bu hasta için İMA'da yeterli patensinin gerek anjiyografik olarak gösterilmesi gerekse de greftin hazırlanması aşamasında hasar verici herhangi bir güçlük yaşanmaması nedeniyle kullanılması tercih edilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Curtis JJ, Clark NC, McKenney CA, Walls JT, Schmaltz RA, Demmy TL, et al. Tracheostomy: a risk factor for mediastinitis after cardiac operation. *Ann Thorac Surg* 2001;72:731-4.
2. Kaiser LR, Salerno TA. Coronary artery bypass in patients with total laryngectomy. *Ann Thorac Surg* 1985;39:481-2.
3. Wright C. Transverse sternothoracotomy. *Chest Surg Clin North Am* 1996;6:149-56.
4. Marshall WG, Meng RL, Ehrenhaft JL. Coronary artery bypass grafting in patients with a tracheostoma: use of a bilateral thoracotomy incision. *Ann Thorac Surg* 1988;46:465-6.
5. Sakurai Y, Kato Y, Hino Y, Fujiwara S, Otani H, Imamura H. Experiences of the approaches to heart for a patient with a tracheostoma. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1995;43:1684-9.