

## Aynı Zamanlı Koroner Arter Bypass ve Kolesistektomi Ameliyatı: Bir Olgu Sunumu

Hasan Tahsin KEÇELİGİL<sup>a1</sup>, Mustafa Kemal DEMİRRAĞ<sup>1</sup>, Kenan ERZURUMLU<sup>2</sup>, Serdar MENEKŞE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kalp DamarCerrahisi Anabilim Dalı,

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, SAMSUN

### ÖZET

Kolelitiyazis, aterosklerotik koroner arter hastalığı ile birlikte görülebilen yaygın bir hastalıktır. Önemli aterosklerotik koroner arter hastalığı ve safra kesesi taşı olan hastalardaki major ilişki, kolesistektomi sonrası gelişebilen perioperatif akut miyokard enfarktüsüdür. Abdominal cerrahi esnasındaki akut miyokard enfarktüsü riski, uygun koroner revaskülarizasyonla azaltılabilir. Kolesistektomi, koroner arter bypass cerrahisi (AKBG) ile aynı zamanlı (simultane) veya onu izleyerek yapılabilir. Bu makalede, kliniğimizde, aynı zamanlı olarak başarılı bir koroner arter bypass ve kolesistektomi ameliyatı gerçekleştirilen olgu sunulmaktadır. ©2007, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

**Anahtar kelimeler:** Aorto-koroner arter bypassı, kolesistektomi

### ABSTRACT

#### Concomitant Coronary Artery Bypass and Cholecystectomy: A Case Report

Cholelithiasis is a common disorder which may be present with coronary artery disease. Perioperative myocardial infarction is a major concern in patients with significant coronary artery disease and gallstones. The risk of myocardial infarction during major abdominal surgery can be reduced with appropriate coronary revascularization. Cholecystectomy can be performed either at the same time of coronary artery bypass grafting or after CABG operation. ©2007, Fırat University, Medical Faculty

**Key words:** Aorto-coronary artery bypass, cholecystectomy

**K**olelitiyazis, koroner arter hastalığı ile birlikte görülebilen yaygın bir hastalıktır. Önemli koroner arter hastalığı ve safra kesesi taşı olan hastalardaki major ilişki perioperatif miyokard enfarktüsüdür. Abdominal cerrahi esnasındaki miyokard enfarktüsü riski uygun koroner revaskülarizasyonla azaltılabilir. Kolesistektomi, koroner arter bypass cerrahisi (AKBG) esnasında veya hemen sonrasında yapılabilir. Şimdiye kadar koroner arter bypass cerrahisi ve kolesistektominin ardışık cerrahisinin kolay olduğu bildirilmiştir ancak bunların hepsi vaka raporu olarak gündeme gelmiştir ve geniş çaplı çalışmalar yayınlanmamıştır (1-3). Bütün bu çalışmaların ışığı altında, AKBG'yi hemen takiben aynı zamanda kolesistektomi uygulaması postoperatif komplikasyon riskini arttırmaz ve seçilebilecek kolay bir girişimdir (4).

### OLGU SUNUMU

68 yaşındaki erkek hasta, giderek artan nefes darlığının olması üzerine bir kamu hastanesine başvurmuştur. Orada yapılan muayene neticesinde kalp damarlarında tıkanıklık olduğu ve koroner anjiyografi yapılması gerektiği söylenerek hastanemizin kardiyoloji kliniğine sevk edilmiştir. Miyokard enfarktüsü, hipertansiyon ve hiperkolesterolemi öyküsü olma-yan hasta 8-10 yıldır diabetes mellitus nedeniyle insülin tedavisi almış, yaklaşık 50 yıldır 1 paket/gün sigara içmiş ve digoksin

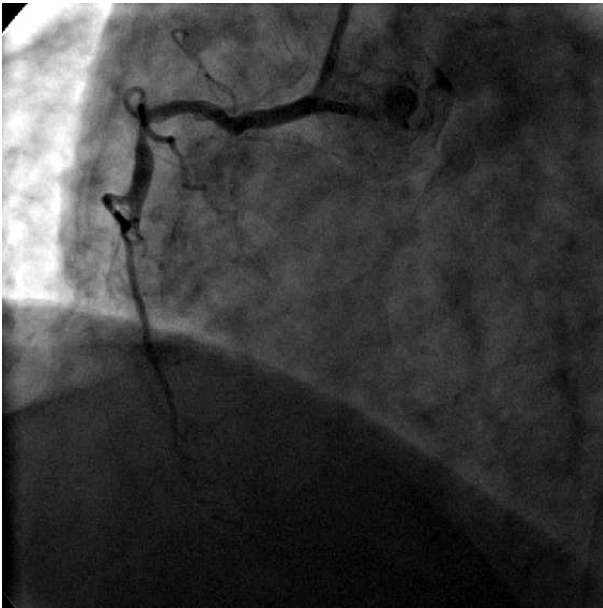
(Digoxin-Sandoz®), NPH insülin, ACE inhibitörü (Delix®), asetilsalisilik asit (Aspirin®), terbütalin sülfat (Bricanyl®), metformin HCl (Glucophage®), glüklazid (Diamicon®) ve aspartam (tatlandırıcı) kullanmış. Kardeşinde de koroner arter hastalığı olan hastanın fizik muayenesinde; TA: 150/100 mmHg, nabız: 100/dk ritmik, EKG'de anterolateral iskemi bulguları, teleradyogramda kardiyomegali ve akciğer konjesyonu, dudaklar siyanoze, bilateral akciğer bazalinde krepitan raller, apekte 2-3/6 pansistolik üfürüm, hepatomegali (karaciğer, kosta altında 1-2 cm palpabl), her iki alt ekstremitede diz altından itibaren hiperpigmentasyon ve sol ayak 4. parmakta ülsere lezyon saptanması üzerine koroner arter hastalığı + diabetes mellitus Tip-2 + konjestif kalp yetmezliği + periferik arter hastalığı + KOAH ön tanılarıyla kardiyoloji kliniğine yatırıldı. Yapılan ekokardiografide (EKO); EF %49, sol ventrikül çapları 60/45 mm, 1-2/4 mitral yetersizliği (MY), septal hipokinezi, diyastolik disfonksiyon saptandı. Koroner anjiyografide; LAD proksimal %90 darlık, D1 %80 darlık, CX normal, RCA total tıkalı, sol ventrikül diyastol sonu basıncı (LVEDP) 10 mmHg ve sol ventrikülografide posterobazal ve inferior akinezi saptandı (Şekil 1,2). Bilateral alt ekstremitte arteriyel ve venöz Doppler USG incelemesi normal olarak değerlendirildi. Koroner anjiyografiden iki gün sonra, sağ üst kadranda ani karın ağrısı başlayan hastaya abdominal USG yapıldı. Bu USG

<sup>a</sup> Yazışma Adresi: Dr. Hasan Tahsin Keçeliligil, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp DamarCerrahisi Anabilim Dalı, Samsun  
Tel: +90 362 3121919 Faks: +90 362 4576041 e-mail: htkeceliligil@yahoo.com

incelemesinde; safra kesesi volümü artmış (hidropik), lümeninde seviye veren ekojenik çamura ait ve septasyonlar içeren heterojen görünüm (çamur, taş) ve safra kesesi boynunda 2 cm çapta taşa ait görünüm saptandı (Şekil 3). Akyuvar sayısı  $13600/\text{mm}^3$  bulunan ve ateş, bulantı ve kusması olan hastaya Genel Cerrahi uzmanının önerisiyle ampicilin + sulbaktam  $4 \times 1.5$  gr I.V tedavi başlandı. Hastanın, sağ subkostal bölgede şiddetli mahiyette ve zaman zaman da stabil olmayan göğüs ağrılarının olması üzerine, Kalp ve Damar Cerrahisi – Kardiyoloji Konseyi toplantısı neticesinde aorto-koroner bypass (AKBG) ile aynı zamanlı olarak kolesistektomi yapılması kararı alındı.



**Şekil 1.** Hastanın koroner anjiyogramında görülen sol koroner arter sistemine ait darlıklar.

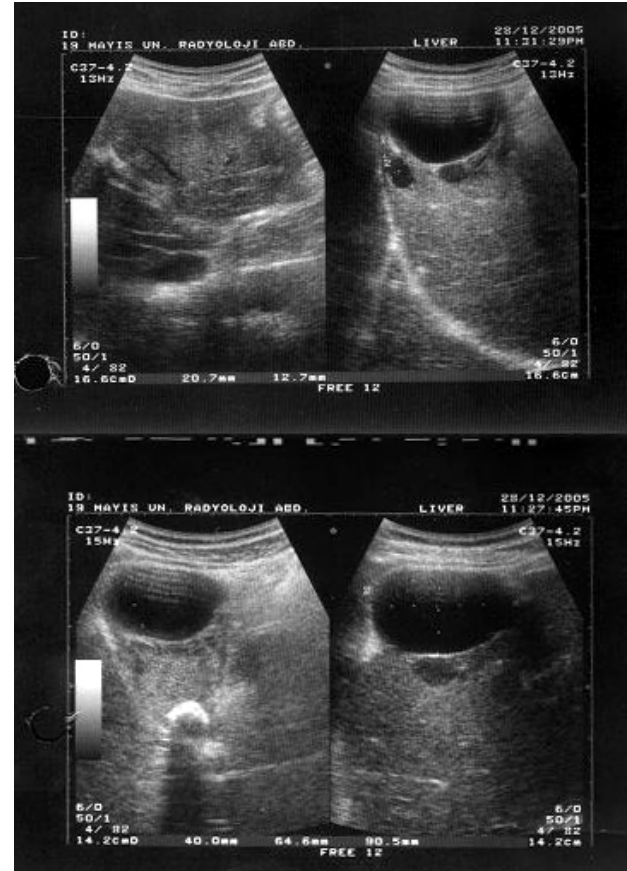


**Şekil 2.** Hastanın koroner anjiyogramında görülen sağ koroner arter sistemine ait darlıklar.

Genel anestezi altında ameliyata başlandı. Median sternotomi yapıldığında perikardın kalınlaşmış olduğu, kalbin üzerinin yapışık ve enflame görünümünde bulunduğu saptandı.

Assendan aortik ve two-stage venöz kanulasyonu takiben aortik kross-klemp konularak antegrad potasyumlu soğuk kan kardiyoplejisi sonrası kardiyak arrest sağlandı. LAD 1.5 mm plaksız, RCA 1.5 mm plaksız ve Diyagonal (D) arter 1 mm plaksız olarak saptanması üzerine LAD'ye sol internal torasik arter (LİTA), RCA ve D1'e safen ven bypass uygulandı. Kross-klemp süresi 80 dk, kardiyopulmoner bypass süresi 123 dk idi. Aortik kross-klemp kaldırılıp uygun de-aerasyon yapılması sonrası, kalp sinüs ritiminde çalıştı. Isınmayı müteakiben kardiyopulmoner bypasstan çıkılmasından sonra, de-kanulasyon ve kanama kontrolünü takiben mediasten ve sol toraksa birer adet silikon dren yerleştirilerek sternum çelik tellerle kapatıldı. Aynı anda, sağ paramedian göbek üstü insizyon ile batına girildi. Safra kesesinde akut kolesistit hali mevcuttu. Bol miktarda peri-kolesistik mayii görüldü ve omentumun keseye yapışmış olduğu belirlendi. Açık kolesistektomi işlemi uygulanarak kese lojuna bir adet silikon dren yerleştirilip işleme son verildi. İşlem süresi yaklaşık 30 dk idi. Herhangi bir komplikasyon olmaması üzerine, hasta, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği Yoğun Bakım Ünitesi'ne transfer edildi.

Hasta operasyondan 4-5 saat sonra vital bulgularının stabil olması ve drenajının olmaması üzerine extübe edildi. Uygun dozda, subkutan olarak düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Ameliyattan 18 saat sonra servise alındı. Postoperatif 2. günde mediasten ve toraks direnleri, 3. günde ise batın dreni alınarak gaz-gaita çıkışı olması üzerine ağızdan beslenme başlandı. Yara yerleri iyileşmesi tam ve iyi olan hasta postoperatif 8. günde şifa ile taburcu edildi.



**Şekil 3.** Hastanın abdominal ultrasonografik kesitlerinde safra kesesinde hidrops, çamur ve taş görüntüleri.

## TARTIŞMA

Koroner arter bypass cerrahisi ve kolesistektomi uygulaması ilk kez 1989 yılında bildirilmiştir (3). Aynı zamanda 1991 yılında kolesistektomi ile birlikte gastroepiploik arterin greft olarak kullanımı gündeme gelmiştir (2,5,6). Shakakibara ve arkadaşları, 1998 yılında yaptıkları çalışmada masif gastroentestinal kanama ve akut miyokard enfarktüsü olan hastalarda median sternotomi ile birlikte sağ üst transrektal laparotomi insizyonu ile yapılan kolesistektominin komplikasyonsuz olarak gerçekleştirildiğini bildirmişlerdir (7).

Median sternotomi ile birlikte, üst-orta hat insizyonla yapılan aynı zamanlı kolesistektominin başlıca dezavantajı; safra dökülmesine bağlı operasyon sahasında enfeksiyon riskini artırmasıdır. Hitoshi Hirose ve arkadaşları, kendi serilerinde postoperatif mediastinit gelişme sıklığını %3.6 olarak bildirmişlerdir (4). Bu nedenle safra kesesinin çıkarılması sırasında göğüs yarasının kontamine olma ihtimali nedeniyle kolesistektomide subkostal insizyonun üstünlüğü daha önceki çalışmalarda kanıtlanmıştır (3,8). Ancak, hastamızın akut kolesistit krizinin gelişmesi ve geniş intra-abdominal eksplorasyonun gerekli olabileceği düşüncesi ile infra-umbilikal uzatmaya elverişli olan paramedian insizyonu tercih ettik. Tam eş zamanlı kolesistektomi, akut kolesistitli vakalarda safra kesesinin ödemli olması ve rüptür riski nedeniyle uygulanamamaktadır (4,9). Böyle vakalarda, bizim olgumuzda olduğu gibi, uygun koroner revaskülarizasyonun hemen ardından, iki aşamalı ameliyat tarzında, median sternotomi insizyonu kapatıldıktan sonra, açık kolesistektomi ile safra kesesinin çıkarılması uygun bir yöntem olarak görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Terada Y, Suma H. Cholecystectomy after coronary artery bypass grafting using right gastroepiploic artery. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 1370.
2. Yokohama H, Satoh K, Ohmi M, et al. Coronary artery bypass grafting and cholecystectomy. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1991; 39: 1937-1939.
3. Hoshino R, Okubo T, Kaneko K, et al. Concomitant coronary artery bypass and cholecystectomy: a case report. *Kyobu Geka* 1989; 42: 1043-1046.
4. Hitoshi H, Atsushi A, Akihito T. Concomitant cholecystectomy and coronary artery bypass. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2002; 8: 358-362.
5. Pym J, Brown PM, Charrette EJ, et al. Gastroepiploic-coronary anastomosis. A viable alternative bypass graft. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1987; 94: 256-259.
6. Mills NL, Everson CT. Right gastroepiploic artery: a third arterial conduit for coronary artery bypass. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 706-711.
7. Sakakibara Y, Jikuya T, Adachi S, et al. Simultaneous cholecystectomy and CABG for acute cholecystitis and post-infarction angina. *Kyobu Geka* 1998 Dec; 51 (13): 1080-1083.
8. Simic O, Strathausen S, Hess W, et al. Incidence and prognosis of abdominal complications after cardiopulmonary bypass. *Cardiovasc Surg* 1999; 7 (4): 419-424.
9. Ottinger LW. Acute cholecystitis as a postoperative complication. *Ann Surg* 1976; 184: 162.
10. Hekmat M, Taghipoor HR, Nobahar MR, et al. Laparoscopic cholecystectomy and open-heart surgery at the same time. *J Card Surg* 2005; 20 (6): 557-559.
11. Tezcaner T, Yorgancıoğlu C, Çatav Z, ve ark. Kompleks koroner revaskülarizasyon: Endarterektomi, patch plasti ve jump bypass. *GKDC Dergisi* 1998; 6: 379-390.

*Kabul Tarihi: 11.10.2006*