

Sayın editör,
Derginizin 2004;13(1):11-15 sayısında yayınlanan "EXTRA-ANATOMİK VE FEMORO-POPLİTEAL ARTER BYPASS CERRAHİSİ SONUÇLARIMIZ" başlıklı Sayın Alper Sami KUNT tarafından hazırlanmış makaleyi büyük dikkatle okudum. Periferik arter cerrahisi ile yakından ilgilenen birisi olarak yazıda tartışılması gereken birkaç husus ve yanlışlıkların olduğunu kanıtlıyorum.

Yayınlanmış olan makalede 30 hastanın sekizinde PTFE greft ile Femoro-Femoral Bypass ve 22 hastanın 13'ünde otolog safen ven, 9'unda da PTFE greft kullanarak, femoro-popliteal bypass yapıldığı belirtilmiştir. Femoro-popliteal bypass'ların tümü distal ucu dizüstü popliteal artere anastomoz edilmiştir. Hastaların tümü epidural anestezi ile ameliyat edilmiştir. Bu anestezi şeklinin tüm hastalarda neden kullanıldığı net olarak ifade edilmemiştir. Benim anlayabildiğim kadar ile ilave sistemik hastalıklar sebebi ile bu anestezi modeli kullanılmı ve genel anesteziden kaçınılmıştır. Çünkü yazının hasta özellikleri bölümünde 12 olguda hipertansiyon, 13 olguda koroner arter hastalığı, 5 olguda KOAH ve 14 olguda ise gerek insülin gerekse oral antidiyabetik kullanan hastalar olduğu belirtilmiştir. Makalede Femoro-Femoral Crossover ameliyatı uygulanan hastalara ait vasküler patolojiyi tanımlayan hiçbir bilgi belirtilmemiştir. Bu hastaların kaç yılında olduğu, Crossover tekniğinin neden tercih edildiği belirtilmemiştir. Sadece cerrahi teknik bölümünde "genel anestezi almasının uygun olmadığı düşünülen koroner arter hastalığı olan 2 olguya (%6.66), Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 5 olguya (%16) daha önce çeşitli nedenlerle laparotomi yapılmış iki olgu (%6.66) dahil olmak üzere tüm olgulara epidural anestezi altında bypass uygulandı" ifadesi kullanılmıştır. Halbuki yukarıda da belirttiğim gibi hasta özellikleri bölümünde 13 olguda koroner arter hastalığı olduğu belirtilmiştir. Bu durumda koroner arter hastalığının sayısının hangisi olduğu da net bir biçimde anlaşılamamaktadır. Bizim klinik uygulamalarımız izole iliak arter tıkanıklığında birinci tercih olarak girişimsel radyoloji yöntemleri ile balon dilatasyonu ve/veya stent yerleştirilmesi yönündedir. Buna uygun olmayan patolojilerde biz öncelikle extraperitoneal protez greft ile aorta femoral veya aorta eksternal iliak bypass tercih etmekteyiz. Bilindiği gibi anatomik olan bu yaklaşımın erken dönem açıklık oranından ziyade uzun dönem açıklık oranı oldukça yüksektir. Biz kliniğimizde femoro-femoral crossover tekniğini çoğunlukla hayat beklentisini kısaltan ciddi sistemik hastalık, daha önce bir çok kez batin ameliyatı geçirmiş kişilerde (hostile abdomen), maligniteler ve batına nazif radyoterapi alanlarda kullanılmaktadır. Bu tip hastalarda abdominal aorta patolojisi var ise axillo-femoral ve femoro-femoral

bypass uygulamayı tercih etmekteyiz. Son yıllarda özellikle genç hastalarda batin içi ameliyatlardan sonra seksüel disfonksiyon gelişmemesi için batin girişimleri yerine tek taraflı iliak arter patolojilerinde safen ven kullanarak femoro-femoral crossover tekniğini de kullanmaya başlandı. Yazarlar neden direkt femoro-femoral crossover kullandıklarını ve crossover da neden safen ven grefti kullanmadıklarını makale içerisinde anlatmamışlardır.

Makalenin yine cerrahi teknik bölümünde postoperatif dönemde yedi gün heparin (ki bunun dozu belirtilmemiştir) oral almaya başlandıktan sonrada oral antikoagülan ve antiagregan tedavi başlandı belirtilmiştir. Yani bu 22 hastanın postoperatif birinci gününden itibaren ağızdan alabildikleri düşünüldürse altı gün heparin+oral antikoagülan+antiagregan beraber mi almışlar. Eğer böyle ise bu hastalarda herhangi bir kanama komplikasyonunun gelişip gelişmediğini merak etmekteyim. Ayrıca hastaların ortalama takip süresi olan 11±8 ay boyunca oral anti koagülan ve beraberinde antiagregan kullanması da bana oldukça cesaretli bir tedavi modeli olarak gelmiştir.

Yazıda dikkat edilmesi gereken bir diğer konu 18 olgunun Fontain sınıfına göre evre 4-5'de ve 12'sinde evre 3 olmasıdır. Yani iskemik ülser ver iskemik kangrene veya istirahat ağrısı olan bu hastalarda ameliyat yapıldığına göre temel amaç ya amputasyon seviyesinin yukarıya çekilmesi ya da ekstremitenin kurtarılmasıdır. Makalede bu parametrelerle ilgili herhangi bir açıklık bulunmamaktadır. Benim tecrübelerime göre bu kadar iskemik olan ve %46.66'sı diyabetik olan bu hastalarda infra-popliteal birkaç ek tıkanıklık lezyonunun da olması gereklidir. Bu gibi durumda diz altında da ilave bypasslara ihtiyaç duyulur ki çoğu zaman bu bypasslar ekstremitenin kurtarılması için bypasslardır. Hasta popülasyonunun ileri yaşı grubunda olması sebebi ile diyabetik ayak insidansının da belirgin yüksek olması gerektiği kanıtlıyorum.

Son olarak Tartışma bölümünde PTFE greftlerinin tekstil greft olduğu bildirilmiştir. Fakat mevcut literatürde⁽¹⁾ PTFE greftler non-tekstil greft olduğu bildirilmektedir.

Doç.Dr. ERKAN KURALAY

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Kalp-Damar Cerrahisi Etlik/ Ankara

TEL: 0 312 304 52 05 - 0 312 468 17 73

FAX: 0 312 232 30 38

e-mail: ekural@gata.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Robert B. Rutherford. Prosthetic Grafts, David C. Brewster. Vascular Surgery fifth Edition, London, W.B. Saunders Company pp.537

S

ay›n Editör,

Derginizin 2004;13(1): 11-15 say›s›nda yay›nlanan Ekstra-anatomik ve femoro popliteal arter bypass cerrahisi sonuçlar›m›z adlı yaz›ma Say›n Doç. Dr. Erkan Kuralay taraf›ndan yap›lan ve taraf›ma 26.08.2005 tarihinde göndermiř olduėunuz nazik eleřtirileri okudum ve kendisine yaz›ma göstermiř olduğu ilgi ve teveccühlerine sonsuz tefekkür eder sayg›lar›m› sunar›m.

Say›n hocam›n makalem hakk›nda yazm›ř olduğu değerli görüşü ve eleştirilerinden anlaşıldığ› üzere bu olgularda neden genel anestezi kullanmadığ›m, neden balon dilatasyonu/ stent uygulamadığ›m, neden safen ven ile cross-over bypass yapmadığ›m, neden uzun süreli cesaretli antikoagülan ve antiagregan kullandığ›m ve neden amputasyon yapmadığ›m sorulmaktadır. Kliniğimizde bu tür olgulara cerrahi tedavi endikasyon, operasyon flekli, uygulanan anestezi flekli, medikal tedavi yöntemleri ve

gerektiğinde amputasyon uygulanmas› klasik kitaplar, dünya literatürleri gözden geçirilerek ve klinik cerrahi uygulamalar›m›z sonrasında kazandığ›m›z deneyimlerimiz sonucunda (tıpk› say›n hocam›n kendi klinik tecrübelerini özetlediği eleştirilerindeki deneyimleri gibi) uygulamaktay›z.

Yaz›m›zda bilgisayar hatas›ndan dolayı taraf›mdan hatal› olarak yaz›lan PTFE greftlerin tekstil olduğu k›s›m için say›n hocamdan, derginizden ve tüm okuyuculardan özür diler non-tekstil olarak düzeltilmesinin arz ederim. Say›n Doç. Dr. Erkan Kuralay hocama bu vesile ile tefekkürlerimi iletir, sayg›lar›m› sunar›m.

Yrd. Doç. Dr. Alper Sami Kunt

Harran Üniversitesi Arařtırma ve Uygulama Hastanesi
Kalp-Damar Cerrahi ABD fianlıurfa

Tel: 0 414 314 11 70

E mail: dralper@msn.com