

Introduction-Objective: Interventricular septal bleeding following coronary interventions are very rare complications. In this paper we want to share our experience via a case.

Method: Four hours after implantation of two coronary stents to 56-year-old male patient (to LAD 2.5x13 mm and RCA 2.5x18 mm acute ECG changes noticed and patient started complaining from severe chest pain. Bed side transthoracic echocardiography showed us a huge hematoma in interventricular septum (diameter 1.5 mm). But in the coming hours patient's clinical status worsened despite all medical therapies. Hemodynamic instability couples this situation. He was entubated and intraaortic balloon inserted. Transthoracic echocardiography done after two hours after the first one interventricular hematoma gets bigger (diameter measured 2 mm). Second coronary angiography performed to patient. There was leakage bleeding both from LAD septal branch and RCA posterior descending branch to interventricular septum. 3.0x23 mm coronary stent greft implanted to LAD which stops bleeding. Despite this decrease persistent unexplained leakage from the posterior descending branch of right coronary artery seen. Exact reason and place of this persistent leakage bleeding can not be rationalised.

Results: Following the second procedure patient recovers quickly. Repeated transthoracic echocardiographies shows regression of the hematoma. Patient discharged from the hospital on the 5th day following the second procedure. Two weeks later patient suffered from acute MI and admitted to ER in cardiogenic shock. Following emergency coronary angiography LAD and a major diagonal coronary artery found total occluded. Emergency CABGx2 performed to him successfully.

Conclusions: Interventricular septal bleedings following coronary interventions are very rare and challenging complications. In this paper we were lucky enough to deal with it.

[P-095]

Oktogeneriyen bir hastada miyokard infarktüsü sonrası VSD kapatılması ve koroner baypas

İlker Akar¹, İlker İnce¹, Cemal Aslan¹, Mehmet Ceber¹, Mehmet Ünal²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Tokat
²Bilim Üniversitesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Miyokard infarktüsü (MI) sonrası ventriküler septal defekt (VSD) nadir görülmekle birlikte oldukça mortal seyreden mekanik bir komplikasyondur. Kliniğimizde akut anterior MI ve post MI VSD tanısı ile opere edilen 85 yaşındaki bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Akut anterior MI ve VSD tanısı ile koroner anjiyografi sonrası üç damar hastalığı saptanan bayan hasta intraaortik balon pompası konularak kalp damar cerrahi yoğun bakıma alındı. Transtorasik eko-kardiyografisinde; sol ventrikül segmenter duvar hareket kusuru, EF: %40-45, interventriküler septum apikalinde yaklaşık 3x2cm'lik VSD, Qp/Qs:1.5 tespit edildi. Fonksiyonel kapasitesi NYHA sınıf 3 olan hasta yoğun bakımda karaciğer, böbrek fonksiyonları yakından izlenerek takibinin 6. gününde operasyona alındı.

Bulgular: Median sternotomi ile açıldı. Standart aorto-bikaval kanülasyon yapıldı. Kros-klemp kondu. Antegrat ve retrograt kardiyoplejik arrest sonrası RCApd-safen, OMI-safen ve LAD-safen distal anastomozları yapıldı. Ardından sol ventriküle LAD'ye paralel apikal 1/3'e ventrikülotomi yapıldıktan sonra görülen apikal 3x2cm boyutlarındaki VSD (Şekil 1) pledgetli 3/0 prolen sütürler ile tek tek kapatıldı. Ardından sol ventrikülotomi Teflon şerit destekli 3/0 prolen ile devamlı olarak çift sıra kapatıldı. Kros-klemp kaldırıldı. Proksimal anastomozlar asendan aortaya yapıldı. Sorunsuz olarak pompadan çıkıldı. Hasta yoğun bakıma nakledildi. Postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmayan hasta 10. gününde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Akut postinfarkt septal rüptür operatif mortalitesine eşlik eden faktörler; ileri yaş, düşük EF, VSD'nin anatomik lokalizasyonu, ek cerrahi prosedürler ile uzamış kardiyopulmoner baypas ve aortik krosklemp süresi ve operasyona alınma zamanıdır.



Şekil 1. Apikal VSD'nin Intraoperatif görüntüsü.

Oktogeneriyen hasta grubunda, İABP ve inotrop destek altında, multipl organ disfonksiyonu gelişmeden önce, erken dönemde opere edilen olgularda postoperatif mortalitenin daha düşük olabileceği kanaatindeyiz.

[P-096]

Sol atriyal miksoma: Koroner anjiyografi gerekli mi ?

Uğur Kaya¹, Abdurrahim Çolak¹, Münacettin Ceviz¹, Necip Becit¹, Yavuzer Koza², Hasan Öner¹, Emre Can Mermi¹, Hikmet Koçak¹

¹Atatürk Üniversitesi, KDC Ana Bilim Dalı, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

Giriş ve Amaç: Kardiyak tümörlerin %70'i iyi huyludur ve bunların da çoğunluğunu miksomalar oluşturur. Biz bu çalışmada yoğun kanlanması olan sol atriyal miksoma olgusunda koroner anjiyografinin gerekliliğini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Elli dört yaşında erkek hasta yaklaşık üç yıldır olan efor dispnesi, ve göğüs ağrısı yakınmalarının son 10 gündür artması üzerine hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde kan basıncı 125/75 mmHg, nabız 86/dk idi; dinlemede üfürüm duyulmadı. Ekokardiyografik incelemede, sol atriyumda yerleşik, interatriyal septuma tutunan, yaklaşık 2,2*1,8 cm kalsifiye ile uyumlu bir kitle izlendi. Toraks BT'de sol atriyum içerisinde yumuşak doku dansitesi izlendi. Kitlenin öntanısı miksoma olarak düşünüldü. Ameliyat kararı alınan hastaya koroner anjiyografi planlandı. Koroner anjiyografide, cirkumflex (Cx) arterden çıkan damarlar ile kitlenin beslendiği görüldü, koroner arter lezyonu yoktu. Preoperatif hazırlanan hasta elektif şartlarda ameliyata alındı.



Şekil 1. Kitlenin angiografik görüntüsü.

Bulgular: Ameliyatta, sol atriyumda interatriyal septuma tutunan, yaklaşık 2.5x2,5x1 cm boyutlarında, yüzeyi yoğun kanlanan alanların olduğu miksoma görüldü. Kitle, sapı ve sapı çevreleyen interatriyal septumla birlikte başarıyla rezeke edildi Tümörü besleyen Cx'den çıkan büyük dalların ligasyonu yapıldı. Kitlenin Cx'den almış olduğu