



BÖLÜM 75

Triküspit Darlığı ve Ekokardiyografik Değerlendirmesi

Ufuk Sadık CEYLAN¹

GİRİŞ

Triküspit darlığı (TD) romatizmal kalp hastalıklarının sıklığının düşmesiyle sıklığı azalan ve nadiren izole olarak görülen, çoğunlukla romatizmal mitral darlığı ile beraberlik gösteren bir kapak hastalığıdır.¹ TD hemen her zaman romatizmal orijinlidir. Romatizmal triküspit kapak hastalığı olan hastaların çoğu triküspit regürjitasyonu (TR) veya hem TR hem de TD ile prezente olur. Romatizmal TD neredeyse hiçbir zaman izole lezyon olarak ortaya çıkmaz, genellikle romatizmal mitral ve aort kapak hastalığına eşlik eder. Romatizmal TD’de anatomik değişiklikler mitral stenozdakine (MS) benzer; korda tendinealarda füzyon ve kısalma, kapakçıkların serbest uçlarında füzyon ve ortada sabit bir açıklık. MS’de olduğu gibi, TD’de kadınlarda daha sıktır.² TD’nda sağ atriyum sıklıkla çok dilatedir ve duvarları kalınlaşmıştır. Valvüler veya pacemaker lead endokarditi, karsinoid sendrom, sistemik lupus eritematozus, tümör nedenli mekanik obstrüksiyonlar diğer nadir karşılaşılan TD nedenleridir.

PATOFİZYOLOJİ

İnspirasyon veya egzersiz sırasında transvalvüler kan akımı artışına bağlı olarak sağ atriyum ile sağ ventrikül arasındaki diyastolik basınç gradiyenti artmıştır ve ekspirasyon da kan akımı azalırken basınç gradiyenti düşer. Rölatif olarak hafif bir diyastolik basınç gradiyenti genellikle, sistemik venöz konjesyona neden olacak kadar, ortalama sağ atriyal basıncı yükseltir ve sodyum kısıtlaması veya diüretik tedavi verilmedikçe bu durum jugüler venöz dolgunluk, asit ve ödem ile birliktedir. TD genellikle TR ile birliktelik gösterir ve bu durum daha fazla gradiyent ve sağ atrial basınç artışına neden olur.

Sinus ritmindeki hastalarda sağ atriyal a dalgası çok yüksek olabilir ve sağ ventriküler sistolik basınç seviyesine kadar çıkabilir. İstirahatte kalp debisi belirgin olarak düşmüştür ve egzersizde kalp debisi artmaz. Bu durum birlikte olan mitral kapak hastalığına rağmen, normal veya hafif yüksek sol atriyal, pulmoner arteriyel ve sağ ventriküler sistolik basınçları açıklar.

¹ Uzm. Dr. Ufuk Sadık CEYLAN, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü ufukceylan@gmail.com



veya ödem ortaya çıkabilir.

Cerrahi yöntem olarak eğer mümkünse öncelikle tamir düşünülmelidir. Tamir mümkün değilse biyoprotez veya mekanik kapak tercih edilebilir. Bu iki kapak tipinde de uzun dönem sonuçlar benzerdir.⁹ Ancak karsinoid sendrom varsa dejenerasyonu önlemek adına mekanik kapak tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Roberts WC, Ko JM. Some observations on mitral and aortic valve disease. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2008 Jul;21(3):282-99.
2. Roguin A, Rinkevich D, Milo S, Markiewicz W, Reisner SA. Long-term follow-up of patients with severe rheumatic tricuspid stenosis. *Am Heart J*. 1998 Jul;136(1):103-8.
3. Coffey S, Rayner J, Newton J, Prendergast BD. Right-sided valve disease. *Int J Clin Pract*. 2014 Oct;68(10):1221-6.
4. Stapleton JF. Doğal history of chronic valvular disease. *Cardiovasc Clin*. 1986;16(2):105-47. [PubMed]
5. Morgan JR, Forker AD, Coates JR, Myers WS. Isolated tricuspid stenosis. *Circulation*. 1971 Oct;44(4):729-32.
6. Baumgartner H, Hung J, Bermejo J, Chambers JB, Evangelista A, Griffin BP, Iung B, Otto CM, Pellikka PA, Quiñones M., American Society of Echocardiography. European Association of Echocardiography. Echocardiographic assessment of valve stenosis: EAE/ASE recommendations for clinical practice. *J Am Soc Echocardiogr*. 2009 Jan;22(1):1-23; quiz 101-2.
7. Seghatol FF, Rigolin VH. Appetite suppressants and valvular heart disease. *Curr Opin Cardiol*. 2002 Sep;17(5):486-92.
8. Falk V, Baumgartner H, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, Iung B, Lancellotti P, Lansac E, Muñoz DR, Rosenhek R, Sjögren J, Tornos Mas P, Vahanian A, Walther T, Wendler O, Windecker S, Zamorano JL; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2017 Oct 1;52(4):616-664. doi: 10.1093/ejcts/ezx324. Erratum in: *Eur J Cardiothorac Surg*. 2017 Oct 1;52(4):832. PMID: 29156023.
9. Kunadian B, Vijayalakshmi K, Balasubramanian S, Dunning J. Should the tricuspid valve be replaced with a mechanical or biological valve? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2007 Aug;6(4):551-7.