

Bölüm 75

ERİŞKİN KONJENİTAL KALP HASTALIKLARINDA GİRİŞİMSSEL TEDAVİLER

Yusuf Ziya ŞENER¹
Metin OKŞUL²

GİRİŞ

Konjenital kalp hastalıkları günlük pratikte tanı ve tedavideki gelişmeler nedeni ile daha sık görülmektedir. Konjenital kalp defektlerinin büyük çoğunluğu çocukluk çağında tedavi edilmektedir ancak defektlerin bir kısmı erişkin yaşta tespit edilmektedir ve tedavi edilmeleri gerekebilmektedir. Erişkin yaşta tespit edilen en sık konjenital kalp hastalığı atriyal septal defekt olup, ventriküler septal defekt, aort koarktasyonu ve patent duktus arteriozus gibi defektler de erişkin yaşta tanılabilmektedir. Konjenital kalp hastalıklarında girişimsel tedaviler denilince temelde akla defektlerin kapatılması, anjiyoplasti ve stent implantasyonu ile valvuloplasti gelmektedir. Bu bölümde erişkin konjenital kalp hastalıklarında tedavi endikasyonları ve perkütan girişimsel tedavilerden bahsedilecektir.

Atriyal Septal Defekt

Atriyal septal defekt (ASD); tüm konjenital kalp hastalıklarının 10%'unu oluşturmaktadır. Sekundum ASD ise tüm ASD'lerin 80'ini oluşturur ve prevalansı 10.000 canlı doğumda 10'dur (1). Sekundum ASD; perkütan girişim ile tedavi edilebilen tek ASD tipi olup ilk kez Dr. King tarafından 1976'da gerçekleştirilmiştir (2). Erişkin yaşta tespit edilen ASD'lerde kapama endikasyonu hastanın ASD ilişkili semptomlarının ve yapısal olarak kardiyak etkilenim varlığının gösterilmesi ile belirlenmelidir. Efor dispnesi, halsizlik gibi

semptomlar ile birlikte sağ kalp boşlukları geniş olan hastalarda ASD kapama düşünülmelidir. Paradoks emboli varlığında ASD boyutu ve diğer semptomların varlığından bağımsız olarak ASD kapama düşünülmelidir. ASD kapama planlanan hastalarda şant hesabı muhakkak yapılmalıdır. Uzun vadede ASD'si olan hastalarda Eisenmenger sendromu gelişebilmektedir. Bu nedenle ASD kapama öncesi sağ kalp kateteri yapılmalı ve şant oranı hesaplanarak Eisenmenger sendromu gelişip gelişmediği tespit edilmelidir. Eisenmenger sendromu gelişen vakalarda ASD kapama yapılmamalıdır. ASD kapama öncesi pulmoner vasküler rezistans (PVR) da hesaplanmalıdır. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzlarında belirgin şant varlığında $PVR < 5$ WU ise sınıf 1 endikasyonla ASD kapama önermektedir. Ancak $PVR 5$ WU ve üzerinde ise ek hemodinamik değerlendirme yapılarak kapamaya uygunluğun değerlendirilmesi gerekir. $PVR 5$ WU ve üzerinde ölçüldü ise; pulmoner vasküler rezistansın sistemik vasküler rezistansa oranı $< 2/3$ ya da pulmoner arter basıncının sistemik arteriyel basınca oranı $< 2/3$ ve belirgin şant miktarı var ise (Qp/Qs oranı > 1.5) ASD kapama işlemi sınıf 2b endikasyonla önerilmektedir (3).

Perkütan ASD kapama işlemi operatör tecrübesine göre değişmekle birlikte güvenlidir. Başarı oranları çeşitli serilerde 95% olarak bildirilmiştir. Cerrahi ASD kapama ile karşılaştırıldığında uzun dönem sonuçların benzer olduğu tespit edilmiş-

¹ Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, e-mail: yzsener@yahoo.com.tr

² Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, e-mail: moksul_73@hotmail.com

KAYNAKÇA

1. Reller MD, Strickland MJ, Riehle-Colarusso T, et al. Prevalence of congenital heart defects in metropolitan Atlanta, 1998–2005. *J Pediatr*. 2008;153:807–813.
2. King TD, Thompson SL, Steiner C, Mills NL. Secundum atrial septal defect. Nonoperative closure during cardiac catheterization. *J Am Med Assoc*. 1976;235:2506–2509.
3. Baumgartner H, Bonhoeffer P, De Groot NM, et al. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). *Eur Heart J*. 2010;31:2915–2957.
4. Guo JJ, Luo YK, Chen ZY, et al. Long-term outcomes of device closure of very large secundum atrial septal defects: a comparison of transcatheter vs intraoperative approaches. *Clin Cardiol*. 2012;35:626–631.
5. Amin Z, Hijazi ZM, Bass JL, et al. Erosion of Amplatzer septal occluder device after closure of secundum atrial septal defects: review of registry of complications and recommendations to minimize future risk. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2004;63:496–502.
6. Ewert P, Berger F, Nagdyman N, et al. Acute left heart failure after interventional occlusion of an atrial septal defect. *Z Kardiol*. 2001;90:362–366.
7. Calvert PA, Rana BS, Kydd AC, Shapiro LM. Patent foramen ovale: anatomy, outcomes, and closure. *Nat Rev Cardiol*. 2011;8:148–160.
8. Wessler BS, Kent DM, Thaler DE, et al. The RoPE Score and Right-to-Left Shunt Severity by Transcranial Doppler in the CODICIA Study. *Cerebrovasc Dis*. 2015;40(1-2):52-8.
9. Rodés-Cabau J, Horlick E, Ibrahim R et al. Effect of Clopidogrel and Aspirin vs Aspirin Alone on Migraine Headaches After Transcatheter Atrial Septal Defect ClosureThe CANOA Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015 Nov 24;314(20):2147-54
10. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, et al. ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to develop guidelines on the management of adults with congenital heart disease). *Circulation*. 2008;118:e714–e833.
11. Singh HS, Horlick E, Osten M, Benson LN. Interventional cardiology in adults with congenital heart disease. *Nat Rev Cardiol*. 2013;10:662–678.
12. Holzer R, Qureshi S, Ghasemi A, et al. Stenting of aortic coarctation: acute, intermediate, and long-term results of a prospective multiinstitutional registry—Congenital Cardiovascular Interventional Study Consortium (CCISC). *Catheter Cardiovasc Interv*. 2010;76:553–563.
13. Sohrabi B, Jamshidi P, Yaghoubi A, et al. Comparison between covered and bare CheathamPlatinum stents for endovascular treatment of patients with native post-ductal aortic coarctation: immediate and intermediate-term results. *JACC Cardiovasc Interv*. 2014;7:416–423.
14. Forbes TJ, Moore P, Pedra CA, et al. Intermediate follow-up following intravascular stenting for treatment of coarctation of the aorta. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2007;70:569–577.
15. Thomson JD, Qureshi SA. Transcatheter rehabilitation of pulmonary arteries. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2011;9:1459–1467.
16. McElhinney DB, Reddy VM, Hanley FL, Moore P. Systemic venous collateral channels causing desaturation after bidirectional cavopulmonary anastomosis: evaluation and management. *J Am Coll Cardiol*. 1997;30:817–824.