

Bölüm 97

MİTRAL KAPAK HASTALIKLARI

Emine ALTUNTAŞ¹

GİRİŞ

Mitral Stenoz

Mitral stenozunun (MS) dünyadaki en sık nedeni hala romatizmal ateştir. Fakat sıklığı, mortalite ve morbiditesi gelişmiş ülkelerde tedavi ve takipteki yeniliklerle azalmaktadır (1,2).

Etiyoloji ve Patofizyoloji

Romatizmal ateş mitral stenozun en sık nedenidir. Hastalığın başlangıç döneminde hastaların yarısı hastalığının farkında değildir. Çünkü akut dönemde çoğunlukla mitral yetersizlik ön plandadır. Hastaların sadece yaklaşık üçte birinden azında saf MS varken, %40'ında MS ve mitral yetersizlik (MY) kombine olarak görülür. Romatizmal mitral stenozlu hastaların %38'inde çoklu kapak tutulumu görülür. Etkilenen kapaklar sıklıkla triküspit kapak ve aort kapaktır. MS'li hastaların yaklaşık üçte ikisi kadındır (3).

Romatizmal MS' de komissürlarda füzyon, kapakların kalınlaşması, fibrozisi, kalsifikasyonu ve kordalarda kısılma, kalınlaşma, füzyon değişen derecelerde görülür. Kapak uçlarında fibrozise bağlı doming hareketi karakterstiktir. Ayrıca komissüral füzyon nedeniyle mitral kapak açılırken balık ağzı şeklini alır (4).

MS'nin önde gelen nedenlerinden bir diğeri de dejeneratif kalsifik mitral stenozudur. Özellikle yaşlanan popülasyonlarda sıklığı artmaktadır. Kronik renal yetersizlik, konjenital metabolik hastalıklar veya Marfan sendromunda da dejeneratif

kalsifik MS görülebilir. Bu grupta kalsifikasyon çoğunlukla mitral anulustadır, komissüral füzyon görülmez.

Diğer nadir MS nedenleri; konjenital MS (paraşüt mitral kapak, kor triatriatum), karsinoid sendrom, romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus, metabolik depo hastalıkları (Hunter sendromu, Hurler sendromu), Fabry hastalığı, ilaçların indüklediği MS (metiserjid gibi), Whipple hastalığı, sol atriyal tümörler (miksoma), sol atriyal trombus, enfektif endokardittir.

MS' de semptom başlangıcı ile kapak alanı arasında doğrudan bir ilişki vardır. Normal bir erişkinde mitral kapak alanı 4-6 cm²'dir. Kapak alanı 2 cm² ve altına düştüğü zaman hastalar semptomatik olmaya başlar. Kapak alanı 1.5 cm² ve altına düştüğünde klinik olarak önem kazanır. Darlık nedeniyle sol atriyum ve sol ventrikül arasında diyastolik basınç farkı oluşur. Hastalık progrese oldukça kardiyak debi azalır, sol atriyum (LA) basıncı, transmitral gradiyent ve dolaylı olarak pulmoner vasküler basınç artar. Transmitral gradiyent kalp hızından ve transvalvular akımdan etkilendiği için hastalığın progresyonu kapak alanı ile takip edilir.

Pulmoner kapiller uç basıncı (PKUB), LA'daki basınç artışı nedeniyle artar. PKUB 25 mmHg'yi aştığında pulmoner konjesyon kliniği ortaya çıkar. Bu eşiğin altında kaldığında ise egzersiz dispnesi ne neden olabilir. Ayrıca anemi, hipertiroidi, gebelik, enfeksiyon ,atriyal fibrilasyon gibi taşikardik

¹ Kardiyoloji Uzman Doktor, İstanbul Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi, emine_altuntas@hotmail.com

MY'si olan veya hastalıkta ilerleme tespit edilen hastalarda yıllık ekokardiyografi yapılmalıdır. Endokardit profilaksisi gerekmemektedir. Çarpıntı, baş dönmesi, presenkop veya senkop öyküsü olan hastalarda ritim holter, efor testi aritmi tespiti için yapılmalıdır. Bu hastalara uykusuzluktan, alkol ve sigara kullanımından uzak durması önerilir. Sık erken atım veya taşikardi atağı saptanan hastalara betabloker başlanmalıdır. Elektrofizyolojik çalışma, uzamış kendi kendine sonlanmayan supraventriküler kendi kendine sonlanmayan taşikardilere veya ventriküler taşikardilere önerilebilir. MKP hastalarına ağır yük kaldırmaktan kendilerini sakınmaları önerilir.

İskemik inme, geçici iskemik atak, amaroşis fugaks, retinal arteriyolar oklüzyon gibi nörolojik hadise yaşayan MKP'li hastalarda AF veya LA' da trombüs yoksa aspirin önerilir. AF saptanan hastalarda yüksek risk faktörleri varsa varfarin tedavisi önerilir (5,6,8,11).

SONUÇ

Mitral kapak hastalığı dünyada en sık görülen kalp hastalıklarından önde gelen nedenlerinden biridir. Multimodalite görüntüleme, hastalığın etyolojisinin belirlenmesi ve takibine olumlu katkılar sağlamıştır. Ayrıca yeni teknolojik gelişmeler hastalığın perkütan tedavisine olanak sağlamakla birlikte yaşam süresi ve kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.

Anahtar Kelimeler: Mitral kapak, romatizmal kapak hastalığı, prolapsus

KAYNAKÇA

1. Lung B, Vahanian A. Epidemiology of acquired valvular heart disease. Can J Cardiol 2014;30:962-70
2. Mensah GA(2009). The burden of valvular heart disease .Philadelphia, Sauders/Elsevier.
3. Essop MR, Nkomo VT. Rheumatic and non-rheumatic valvular heart disease :Epidemiology, managment and prevention in Africa. Circulation 2005;112:3584-91.
4. Marijon E, Mirabel M, Celermajer DS, Jouven X. Rheumatic heart disease. Lancet 2012;379:953-64.
5. Otto CM, Bonow RO. Valvular Heart Disease(2011). Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine (9. edition) 1468-1539.
6. Griffin BP, Callahan TD, Menon V(2014). Kardiyovasküler hastalıklar el kitabı(4. Baskı). Ankara, Güneş Kitabevi.
7. ESC Cardiomed (2019) Mitralstenosis (05.08.2019 tarihinde <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198784906.001.0001/med9780198784906-chapter768#> adresinden ulaşılmıştır.).
8. Candan İ, Oral D(2002). Kardiyoloji(2. Baskı). Ankara, Antip.
9. ESC Clinical Practice Guidelines(2017) Valvular Heart Disease (Management of) Guidelines (05.08.19 tarihinde <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Valvular-Heart-Disease-Management-of> adresinden ulaşılmıştır.)
10. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. Circulation. 2014;129:2440-2492.
11. ESC Cardio Med(2019)Mitral regurgitation.(05.08.2019 tarihinde <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198784906.001.0001/med9780198784906-chapter-767#>adresinden ulaşılmıştır.)
12. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet 2006;368:1005-11.
13. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). Eur Heart J 2015;36:3075-128.
14. De Bonis M, Al-Attar N, Antunes M. Surgical and interventional management of mitral valve regurgitation: a position statement from the European Society of Cardiology Working Groups on Cardiovascular Surgery and Valvular Heart Disease. Eur Heart J 2016;37:133-9.