

OLGU 4

Akut Mitral Yetersizliği Gelişen Akut Miyokard Enfarktüsü Hastasının Yönetimi

Selim AYDEMİR¹

Olgu Sunumu

36 yaşında, bilinen kardiyak hastalık öyküsü olmayan ve sigara kullanımı dışında risk faktörü bulunmayan erkek hasta, ani başlangıçlı nefes darlığı, göğüs ağrısı şikâyetleri ile acil servise başvurmuş. Hasta troponin değerinin yüksek olması üzerine tarafımıza danışıldı. Vital bulgularında kan basıncı 95/60 mmHg, kalp hızı 80 atım/dakika (dk), vücut ısısı 36,5 C⁰ idi. Huzursuz görünümde olan hastanın takipnesi mevcuttu. Kardiyak oskültasyonda S1 şiddeti azalmıştı ve apikal pansistolik üfürümü mevcuttu. Ayrıca hastanın akciğer bazallerinde kreptan ralleri mevcuttu. Hastanın acil serviste çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) sol dal bloğu (LBBB) izlendi (Şekil 1A). Transtorasik ekokardiyografide (TTE) sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) %40, inferolateral duvarda hipokinezi, orta-ileri mitral yetersizliği (MY) tespit edildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde troponin yüksekliği dışında anormallik izlenmedi. Hasta ST segment yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsü (ME) tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve acil olarak koroner anjiyografi amacıyla kardiyak kataterizasyon laboratuvarına alındı. Hastada sağ koroner arter (right coronary artery, RCA) mid bölgede %100 tromboze lezyon (Şekil 2A), sol ön inen arter (left anterior descending, LAD) proksimalde %100 retrograd dolumu olan kronik total oklüzyon (Şekil 2B-2C) ve sirkumfleks arterde (Circumflex, Cx) nonkritik plak (Şekil 2B-2D) izlendi. Hastanın anginasının olmaması, hemodinamisinin stabil olması ve mitral yetersizliğinin bulunmasından dolayı operasyon kararı verilerek tekrar koroner yoğun bakım ünitesine alındı. Takiplerinde nefes darlığı belirginleşen hasta tekrar değerlendirildi. Fizik muayenede takipne (30 solunum/dk), taşikardi (120 atım/dk) ve hipertansiyon (160/95 mmHg) saptandı. Oskültasyonda 4-5/6 pansistolik üfürüm duyuldu. Akciğerlerde yaygın kreptan raller mevcuttu. Has-

¹ Uzm. Dr., Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi, selim1723@hotmail.com

bir yöntemdir. Bir yıllık ölüm, mitral kapak cerrahisi ya da şiddetli MY gelişmesinden korunma oranı %55'dir. Bu işlem MY'yi azaltma açısından mitral kapak cerrahisine göre daha az etkilidir. İzlem süresi en fazla iki yıla sınırlıdır ve izlem sırasında MY'nin tekrarlanması ya da kötüleşmesi olasılığı daha yüksektir. Bir yıl içinde hastaların yaklaşık %20'lik bir kısmında tekrar işlem gerekmiştir. Başarısız işlemlerden sonra mitral kapak tamiri ve yaklaşık %50 oranında kapak replasmanı gerekebilmektedir (3).

Postoperatif Değerlendirme

Semptomlar dışında, MY için yapılan cerrahi girişim sonuçları için en önemli tahmin göstergeleri yaş, atriyal fibrilasyon varlığı, preoperatif sol ventrikül fonksiyonları ve kapağın onarılabilişidir. Cerrahi girişimlerde en iyi sonuçlar perioperatif dönemde sol ventrikül EF'si %60 ve üzerinde olan hastalarda görülmektedir. Sol ventrikül sistol sonu çap için önceden sınır değer 45 mm iken, 'flail' kapaklarda medikal tedavi altındaki hastalarda ≥ 40 mm olmasının (≥ 22 mm/m² vücut yüzey alanı) cerrahiye kıyasla yüksek mortalite ile bağımsız olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir. Cerrahi tedavi ile ilgili kararlar alınırken, başlangıç ölçümlerine ek olarak sol ventrikül çaplarında ve sistolik işlevlerinde zaman içinde meydana gelen değişiklikler de dikkate alınmalı ve bu parametreler için daha fazla doğrulama yapılması gerektiği önerilmektedir (3).

Prognoz

ME sonrası akut MY için prognoz kötüdür, tedavi edilmezse mortalite 24 saatte %75 ve 48 saatte %95 oranındadır. Akut ME sonrası MY'de hastane içi ölüm oranı %70-80 düzeyindedir. Perioperatif mortalite ise %20-50 arasındadır. Başarılı cerrahi sonrası 5 yıllık hayatta kalma oranı %70 düzeyindedir (4, 5).

Kaynaklar

1. Thompson CR, Buller CE, Sleeper LA, et al. Cardiogenic shock due to acute severe mitral regurgitation complicating acute myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. SHould we use emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock? J Am Coll Cardiol. 2000;36:1104-9.
2. Alpert J, Sabik j, Cosgrove D. Mitral Valve Disease. In: Topol E, editor. Textbook of Cardiovascular Medicine. 2 ed. Philadelphia: PA:Lippincott, Williams&wilkins; 2002. p. 483-509.

3. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2021;60:727-800.
4. Wei JY, Hutchins GM, Bulkley BH. Papillary muscle rupture in fatal acute myocardial infarction: a potentially treatable form of cardiogenic shock. *Ann Intern Med.* 1979;90:149-52.
5. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2018;39:119-77.