

## OLGU 5

### Sağ Kalp Yetmezliği Hastasının Yönetimi

Mutlu Çağan SÜMERKAN<sup>1</sup>

#### Olgu Sunumu

Bilinen diyabet, atriyal fibrilasyon, hipertansiyon, kalp yetersizliği hastalıkları öyküsü olan 72 yaşındaki kadın hasta karın şişliği, kilo kaybı şikâyetleri ile iç hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hasta asit açısından ileri tetkik ve tedavi amaçlı iç hastalıkları kliniğine yatırıldı. Hastanın soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde; genel durum iyi, şuuru açık, oryantasyonu tam, solukluk, siyanoz ve sarılığı yoktu. Kan basıncı 120/70 mmHg, kalp hızı 92 atım/dakika, ve düzensiz, solunum sayısı dakikada 14, periferik nabızları iki taraflı palpe ediliyordu. Solunum sistemi muayenesinde; her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, akciğer sesleri dinlemekle doğal, ral-ronküs yoktu. Kardiyovasküler sistem muayenesi; S1+/S2+ mezokardiyak ve apikal odakta üfürüm tespit edildi. Gastrointestinal sistem muayenesinde; hastanın göbek çukuru orta hatta, karın distandü, barsak sesleri normoaktif, yüzeysel ve derin palpasyonla karaciğerin ele geldiği tespit edildi. Hastada defans, rebound, hassasiyet izlenmez iken belirgin assit mevcuttu. Ayrıca tanıda kalp yetersizliği ve kardiyak assit düşünüldü.

#### Klinik değerlendirme ve Tanı

Hastanın elektrokardiyografisinde 88/dakika hızında atriyal fibrilasyon ritmi izlendi (Şekil 1). İki boyutlu transtorasik ekokardiyografik incelemesinde; sağ kalp boşluklarında (sağ ventrikül diyastolik çap: 4,3 cm, sağ atriyum çap: 5,2cm) ve sol atriyumda (sol atriyum çap: 4.5cm) genişleme, normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu (ejeksiyon fonksiyonu: %60), romatizmal yapıda mitral kapak, dejeneratif yapıda aort kapak, hafif derecede mitral darlığı (ortalama ve pik gradiyent: 4/9mmHg, mitral kapak alanı basınç yarılama zamanı ile (PHT) 1,6 cm<sup>2</sup>, planimetrik 1,5 cm<sup>2</sup>), orta derecede mitral yetersizliği, ileri derece triküspit yetersizli-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mutlusumerkan@gmail.com

Böbrek, karaciğer hastalıkları, hipoalbüminemi, ilaç yan etkisi (kalsiyum kanal blokleri kullanımı), lenfatik dolaşım bozukluğu, perikard hastalıkları, periferik venöz dolaşım bozuklukları gibi benzer tablo oluşturan diğer hastalıklar sağ kalp yetersizliği ayırıcı tanısında dışlanmalıdır.

Sağ kalp yetersizliği tedavisinde, hastalar bilinçlendirilmeli ve yakından takip edilmelidirler. Sıvı ve tuz kısıtlaması yapılmalı, diüretiklerin düzenli kullanılması, kilo verme ve izovolümetrik egzersizler konusunda hastalar teşvik edilmeli. Pulmoner hipertansiyonu olan hastalarda, prostanoid tedavi (IV PGE1, epoprosterenol ve IV veya inhale iloprost), fosfodiesterase inhibitörleri (sildenafil, tadalafil) veya endotelin reseptör antagonistleri (bosentan, ambrisentan) tercih edilebilir (iii). Tromboembolik hastalıklarda antikoagölan tedavi verilmelidir. Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda (KTEPH) pulmoner endarektomi cerrahisi düşünülebilir (iv). Kapak hastalığı veya sol-sağ şantı olan konjenital kalp hastalarında düzeltici girişimler yapılmalıdır. Sinüs ritminin idamesi, hız kontrolü sağlanması ve atriyoventriküler resenkronizasyon önemlidir. Aritmojenik sağ ventrikül displazisinde ICD takılabilir. Sol kalp yetersizliği ile birlikte görölen sağ kalp yetersizliğinde anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri kullanılabilir (v). İleri evre sağ kalp yeterizliğinde atriyal septostomi fayda sağlayabilir. Tedaviye dirençli hastalarda ise kalp ve akciğer nakli birlikte uygulanabilir. Ayrıca sağ ventrikül destek cihazları ani kötöleşmede faydalı diğer bir tedavi yönetmidir.

Sağ kalp yetmezliği ilerleyici ve kötü prognozlu bir süreçtir. Erken tanı ve tedavinin uygulanması önemlidir.

## Kaynaklar

1. Mehta S R, Eikelboom J W, Natarajan M K et al. Impact of right ventricular involvement on mortality and morbidity in patients with inferior myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 37-43.
2. Kukulski T, Hubbert L, Arnold M, et al. Normal regional right ventricular function and its change with age: a Doppler myocardial imaging study. *J Am Soc Echocardiogr*. 2000;13: 194-204.
3. Vizza C D, Rocca G D, Roma A D. et al. Acute hemodynamic effects of inhaled nitric oxide, dobutamine and a combination of the two in patients with mild to moderate secondary pulmonary hypertension. *Crit Care*. 2001;5:355-61.
4. Hooper MM, Mayer E, Simonneau G, Rubin LJ. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Circulation*. 2006;113:2011-20.
5. Massie B, Kramer BL, Topic N, Henderson SG. Hemodynamic and radionuclide effects of acute captopril therapy for heart failure: changes in left and right ventricular volumes and function at rest and during exercise. *Circulation*. 1982;65:1374 -81.