



KALP KAPAK HASTALIKLARI

Özge COPKIRAN¹

GİRİŞ

Bazı hastalıklar kalp kapaklarında darlık oluşturarak kanın ileri akışını bozarlar veya kapakların tam kapanmasını engelleyip kapak yetmezlikleri oluşturarak kanın bir kısmının geri gelmesine neden olurlar.

Kalbin dört kapakçığı vardır. Mitral kapak iki yaprakçıktan; aort, pulmoner ve triküspit kapaklar ise üç yaprakçıktan oluşmaktadır.

MİTRAL DARLIĞI

En sık neden romatizmal kapak hastalığıdır. Romatizmal mitral darlığın üçte ikisi kadın hastalardır (1). Dejeneratif veya konjenital nadir görülür (2).

Normalde mitral kapak alanı (MVA) 4-6 cm²'dir. Eğer MVA 2 cm² altına inerse semptomlar başlar. MVA 1 cm² altına düşmesi ise ciddi mitral darlık olarak gösterilmiştir (3).

Mitral darlığın ASD ile birlikte görülmesine *Lutembacher sendromu* denir.

Semptom

Hastanın ilk başlangıç şikâyetleri efor dispnesi ve yorgunluktur (4). Hastalarda hemoptizi, paroksizmal öksürük ve göğüs ağrısı nadir görülür. Hastalar acil servise pulmoner ödem tablosu ile gelebilir. Atriyal fibrilasyon eşlik edebilir, yaşla birlikte de görülme sıklığı artabilir.

¹ Uzm. Dr., Menemen Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, copkiranoz@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Bonow RO, Carebollo BA, Chatterjee K, et al: ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in Collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists; endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation* 2006; 114:e84.
2. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, et al. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *Lancet* 2006; 368:1005-11.
3. Rahimtoola SH, Durairaj A, Mehra A, et al: Current evaluation and management of patients with mitral stenosis. *Circulation* 2002; 106:1183.
4. Shaw TR, Sytaria N, Prendergast B: Clinical and haemodynamic profiles of young, middle aged, and elderly patients with mitral stenosis undergoing mitral balloon valvotomy. *Heart* 2003; 89:1430.
5. Lung B, Baron G, Butchart EG, et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: the Euro Heart Survey on valvular heart disease. *Eur Heart J* 2003; 24: 1231-43. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, et al. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *Lancet* 2006; 368: 1005-11.
6. He S, Fontaine AA, Schwammenthal E, et al. An integrated mechanism for functional mitral regurgitation: leaflet restriction vs. coapting force – in vivo studies. *Circulation* 1996. 1826-34.
7. Avierinos JF, Gersh BJ, Melton IJ, et al. Natural history of asymptomatic mitral valve prolapse in the community. *Circulation* 2002; 106:1355-61.
8. Otto CM: Mitral valve prolapse. In: Otto CM, ed. *Valvular Heart Disease*, 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2004:368-387.
9. Hayek E, Gring CN, Griffin BP: Mitral valve prolapse. *Lancet* 2005; 365:507.
10. Fontana MF: Mitral valve prolapse and floppy mitral valve: Physical examination. In: Boudoulas H, Wooley CF, ed. *Mitral Valve: Floppy Mitral Valve, Mitral Valve Prolapse, Mitral Valvular Regurgitation*, 2nd ed. Atmonk, NY: Futura; 2004:283-304.
11. Otto CM, Lind BK, Kitzman DW, et al. Association of aortic valve sclerosis with cardiovascular mortality and morbidity in the elderly. *N Engl J Med* 1999;341;142-7.
12. Braunwald E: *Valvular Heart Disease*; in Braunwald E (ed). *Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine*. WB Saunders Company, 1997.
13. Chan KMJ, Zakkar M, Amirak E, et al. Trikuspid valve disease. Pathophysiology and optimum management. *Progress in Cardiovasc Disease* 2009;51:482-486.
14. Celermajer DS, Bull C, Till JA, et al. Ebstein's anomaly: presentation and outcome from fetus to adult. *J Am Coll Cardiol* 1994;23:170-176.
15. Ha JW, Chung N, Jang Y, Rim SJ, Tricuspid stenosis and regurgitation: doppler and color flow echocardiography and cardiac catheterization findings. *Clin Cardiol* 2000;23:51-52.