

Asemptomatik ve İnsidental Konjenital Kalp Hastalıklarına Yaklaşım

Recep HACI¹

Atriyal Septal Defekt ve Patent Foramen Ovale

Atriyal septal defekt (ASD) tüm konjenital kalp hastalıklarının %5-10'luk kısmını oluşturmaktadır. ASD çoğunlukla semptom verir ama bazen semptom vermeden erişkin yaşlara ulaşabilir ve tesadüfen saptanabilir. Fakat ASD sağ kalp yüklenmesini arttırdığı için, gelişebilecek olan aritmiler, pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp kalp yetmezliğinden dolayı beklenen yaşam süresini kısaltmaktadır.

En sık görülen ASD tipi sekundum ASD'dir ve tüm ASD'lerin %70-75'ini oluşturur. İkinci sık görülen ASD tipi primum mASD'dir, tüm ASD'lerin %15-20'lik kısmını oluşturur ve atriyoventriküler septal defekt (AVSD)'nin bir parçasıdır, geniş bir ventriküler septal defekt (VSD) ile beraber görülür ve sıklıkla mitral yetmezlik eşlik eder.⁽¹⁾

Sinoseptal ASD veya sinüs venozus tip ASD tüm ASD'lerin %5-10'luk kısmını oluşturur. İsminden de anlaşılacağı gibi çoğunlukla süperior vena kavanın sağ atriumla birleşme yerinde görülür. Sıklıkla parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi eşlik eder.

ASD çarpıntı, çabuk yorulma, nefes darlığı, pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetmezliği gibi klinik yaratabileceği gibi bazı hastalarda şikayete sebep olmaksızın tesadüfen saptanabilir. ASD genellikle defekt çapı 10mm üstünde ve pulmoner-sistemik kan akım oranı (Qp/Qs) 1.5 üstünde semptom yaratır.

Patent foramen ovale(PFO) gerçek bir defekt değildir. Septum primum ve septum sekundumun tam kapatamasından dolayı oluşur. Toplumun %25-30'unda PFO bulunur. Çoğunlukla PFO asemptomatiktir ve insidental olarak saptanır. Bu durumdan farklı olarak kriptojenik stroke (inme)'lerin %50 sinde PFO izlenmektedir. Ama PFO stroke için bağımsız bir risk faktörü kabul edilmemektedir.⁽²⁾

ASD Tedavisi

ASD uzun dönemde sağ kalp yüklenmesi yapacağı ve beklenen yaşam süresini kısaltacağı için semptom olsun veya olmasın çoğunlukla kapamayı gerektirir. Defektin kapatılması perkütan yolla veya cerrahi olarak mümkündür.

Primer cerrahi kapama primum ASD ve sinüs venozus tip ASD'lerin hepsinde tercih edilen yöntemdir. Sekundum ASD'lerin ise perkütan kapamaya uygun olmayanları (ASD çapı >35mm, cihazı oturtmak için yetersiz olan septal rimler, AV kapaklara defektin yakın olması)'nda primer cerrahi yöntem tercih edilir.

Perkütan kapama sekundum ASD kapaması için tercih edilen esas yöntemdir. ASD tespit edildikten sonra hastanın semptomu olsun veya olmasın ne kadar erken kapatılırsa beklenen yaşam süresi artar.

PFO Tedavisi

Asemptomatik ve insidental saptanan PFO tedavi gerektirmez ve sadece takip edilir. PFO

¹ Kardiyoloji Uzmanı, Yalova Devlet Hastanesi, dr.recephaci@gmail.com

Fallot Tetralojisi

En sık görülen siyanotik konjenital kalp hastalığıdır. 3000 canlı doğumda bir görülür. Tetraloji; sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu, nonrestriktif VSD, sağ ventrikül hipertrofisi, ventriküler septumun %50'den fazla üstüne binmiş aort.

Çok nadir olarak Fallot tetralojisi tesadüfen saptanır, çoğunlukla halsizlik, çabuk yorulma, nefes darlığı, bayılma gibi şikayetler neticesinde tanısı konur. Tanısı konduğu andan itibaren en kısa süre içerisinde komplet onarım yada palyatif onarımlar ile cerrahi müdahaleler yapılmalıdır aksi halde beklenen yaşam süresi çok kısadır.⁽⁶⁾

Ebstein Anomalisi

Tüm konjenital kalp hastalıklarının %0.5'ini kapsar. Triküspit kapağın septal yaprağının mitral kapağın anterior yaprağına göre 8mm/m2 apikal olması durumudur. Aritmiler ve kalp sağ kalp yetmezliği nedeni ile ani ve erken ölümlere neden olabilir.

Ebstein Anomalisi Tedavisi

Çoğu hastaya medikal tedavi gerekir diüretik ve digoksin gibi ilaçlar ile kalp yetmezliği tedavisi uygulanır.

Klas 3-4 kalp yetmezliği kliniğinde olan hastalar için primer kapak tamiri ya da kapak replasmanı uygulanır. Asemptomatik olan hastalar için ekg bulguları ve Eko takibi yapılır. Ekg' de aksesuar yolu olanlar için ani ölümü engellemek için ablasyon düşünülebilir. Asemptomatik olup ciddi kapak yetmezliği olanlar medikal tedavi (kalp yetmezliği tedavisi) altında 6ay-1 yıl periyodik olarak Eko takibi uygulanabilir.⁽⁷⁾

KAYNAKÇA

1. Brickner ME, Hillis LD, Lange RA. Medical progress: congenital heart diseases in adults. First of twoparts. N Eng J Med. 2000;342:256-263.
2. Wu JC , Child JS. Common congenital heart disorder in adults. Curr Probl Cardiol. 2004;29:641-700.
3. Connelly MS, Webb GD, Sommerwile J , et al. Canadian consensus confrence on adult congenital heart disease 1996. Can J Cardiol. 1998;14:395-452.

4. Penny DJ, Wick GW. Venricular septal defect. Lancet. 2011;377:1103-1112.
5. Fisher RG, Moodie DS, Sterba R, et al. Patent ductus arteriosus long term followup: nonsurgical versus surgica ltreatment. J Am Coll Cardiol. 1986;8:280-284.
6. Nollert G, Fischlein T, Bouterweck S, et al. Long terms urvival of patients with repair of tetralogy of fallot. J Am Coll Cardiol. 1997;30:1374-1383.
7. Tuzcu EM, Moodie DS, Ghazi F, et al. Ebstein's anomaly: natural and unnatural history. Cleve Clin J Med. 1989;56:614-618.