



BÖLÜM 62

Triküspit Kapak

Saadet GÜVEN¹

GİRİŞ

Triküspit kapak patofizyolojisinin iyi anlaşılması, normal anatominin iyi bilinmesinden geçer. Yazıda normal anatomi ve fizyoloji anlatımı sonrası triküspit kapak patolojileri, bunların neden olduğu semptom ve bulgular, tanısal yöntemler ve tedavi seçenekleri anlatılmıştır.

NORMAL ANATOMİ

Triküspit kapak triküspit anülüs içinde bulunan septal, anterior ve posterior olmak üzere üç yaprakçıktan oluşan bir yapıdır. Triküspit kapak korda tendinealar ve papiller kaslar aracılığıyla sağ ventrikül duvarına tutunmaktadır, en büyük ve en apikal yerleşimli kalp kapağıdır. Normal kapak açıklığı 5-7 cm'dir.

TRİKÜSPİT KAPAK DARLIĞI

Triküspit darlık nadir görülen kalp kapak hastalığıdır, genellikle diğer kapak patolojileri ile birlikte ve çoğunlukla triküspit kapak yetmezliği eşlik eder (1). Triküspit darlık çoğunlukla genç kadınlarda görülür, sıklığı tüm kapak hastalıklarının içerisinde %1'den azdır (2).

ETİYOLOJİ

Triküspit darlığın en sık sebebi romatizmal kalp hastalığıdır ve hemen her zaman mitral kapak darlığı ile birlikte gelişir (1). Romatizmal triküspit kapak kalınlaşır, fibrotiktir ve kommissüral fizyon gelişir. Triküspit kapak darlığın diğer sebepleri arasında infektif endokardite bağlı ve darlığı sebep olabilecek vejetasyonlar (3), sistemik lupus eritematozum gibi sistemik hastalıklar nedeniyle gelişen non-bakteriyel trombotik endokardit, prostetik kapak disfonksiyonu, karsinoid sendrom, maligniteler, valvülopatiye neden olabilecek ilaç kullanımı, Whipple hastalığı, Fabry hastalığı gibi konjenital bozukluklar sayılabilir. Karsinoid sendroma sekonder tutulum olan triküspit kapakta genellikle stenoz ve yetmezlik birlikte gelişir, kapak kalınlaşır, kısılır, hareketi azalır, pulmoner kapak tutulumu eşlik edebilir ve intrakardiyak sağ -sol şant olmadığı sürece sol kalp kapakları korunmuş olur (4). Triküspit kapak darlığı iatrojenik sebepler nedeniyle de gelişebilir- pacemaker leadler, triküspit yetmezlik onarımı sonrası veya triküspit biyoprotez kapak dejenerasyon sonucu.

¹ Uzm. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, saadetsukri@yahoo.com, ORCID iD: 0000-0001-6741-7714

Tablo 3.

Sekonder Triküspit Kapak Yetmezliği	Sınıf	Kanit
Sol kalp kapaklara cerrahi planlanan ileri sekonder triküspit kapak yetmezliğinde cerrahi yapılması uygundur.	I	B
Sol kalp kapaklara cerrahi planlanan hafif-orta sekonder triküspit kapak yetmezliğinde eğer triküspit anülüs dilatasyonu mevcut ise (2D ekokardiyografide anülüs ≥ 40 mm veya >21 mm/m ² ise) cerrahi yapılması uygundur.	Ila	B
Sol kalp kapaklara cerrahi planlansın veya planlanmasın ileri sekonder triküspit kapak yetmezliğinde hasta semptomatikse veya sağ ventrikül dilate ise ve ileri sağ-sol ventrikül disfonksiyonu ve ciddi pulmoner vasküler hastalık/hipertansiyon yoksa cerrahi yapılması uygundur	Ila	B
Sekonder semptomatik ileri triküspit kapak yetmezliğinde hasta cerrahiye kaldıramayacak ise tecrübeli kalp merkezlerinde perkütan tedavi uygulanabilir.	IIb	C

SONUÇ

Triküspit kapağın normal çalışması birden fazla etkenin normal olmasına bağlıdır- kompleks anatomik yapı ile birlikte sağ kalp fonksiyonlarının, volüm ve basınç yükünün optimal olması gibi. Normal anatomi ve fizyolojinin iyi bilinmesi sayesinde de başarılı ekokardiyografik değerlendirme yapıp en iyi tedavi seçenekleri uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Roberts WC, Ko JM. Some observations on mitral and aortic valve disease. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2008 Jul;21(3):282-99.
2. Manjunath CN, Srinivas P, Ravindranath KS, Dhana-lakshmi C. Incidence and patterns of valvular heart disease in a tertiary care high-volume cardiac center: a single center experience. Indian Heart J. 2014 May-Jun;66(3):320-6.
3. Waller BF, Howard J, Fess S. Pathology of tricuspid valve stenosis and pure tricuspid regurgitation--Part I. Clin Cardiol. 1995 Feb;18(2):97-102.
4. Pellikka PA, Tajik AJ, Khandheria BK, Seward JB, Callahan JA, Pitot HC, Kvols LK. Carcinoid heart disease. Clinical and echocardiographic spectrum in 74 patients. Circulation. 1993 Apr;87(4):1188-96
5. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) of the ESC. Eur Heart J 2022;43:561-632
6. Lee R, Li S, Rankin JS, O'Brien SM, Gammie JS, Peterson ED, McCarthy PM, Edwards FH., Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgical Database. Fifteen-year outcome trends for valve surgery in North America. Ann Thorac Surg. 2011 Mar;91(3):677-84; discussion p 684.
7. Topilsky Y, Maltais S, Medina Inojosa J, Oguz D, Michelena H, Maalouf J, Mahoney DW, Enriquez-Sarano M. Burden of tricuspid regurgitation in patients . diagnosed in the community setting. JACC Cardiovasc Imaging 2019;12:433-442.
8. Attenhofer Jost CH, Connolly HM, Dearani JA, Edwards WD, Danielson GK. Ebstein's anomaly. Circulation. 2007 Jan 16;115(2):277-85.
9. Nath J, Foster E, Heidenreich PA. Impact of tricuspid regurgitation on long- . term survival. J Am Coll Cardiol 2004;43:405-409.
10. Kilic A, Saha-Chaudhuri P, Rankin JS, Conte JV. Trends and outcomes of tricuspid valve surgery in North America: an analysis of more than 50,000 patients . from the Society of Thoracic Surgeons database. Ann Thorac Surg . 2013;96:1546-1552. .
11. Dreyfus J, Ghalem N, Garbarz E, Cimadevilla C, Natat P, Vahanian A, Caranhac . G, Messika-Zeitoun D. Timing of referral of patients with severe isolated tricuspid valve regurgitation to surgeons (from a French nationwide database). Am J . Cardiol 2018;122:323-326.
12. Dhoble A, Zhao Y, Vejpongsa P, Loghin C, Smalling RW, Estrera A, Nguyen TC. National 10-year trends and outcomes of isolated and concomitant tricuspid valve surgery. J Cardiovasc Surg (Torino) 2019;60:119-127.