

55.

BÖLÜM

AORT KOARKTASYONU VE HİPERTANSİYON

Ferdi SEZER¹

GİRİŞ

Aort koarktasyonu; konjenital bir kalp hastalığı olup, genellikle duktus arteriozusun (ligamentum arteriosus olarak regresyona uğrar) aortaya tutunduğu bölgede oluşan diskret (%98) bir daralmayı tanımlamaktadır. Genel popülasyonun yaklaşık %0.06 - %0.08 'inde aort koarktasyonu görülürken, doğumsal kalp hastalıkları içinde görülme oranı %4-8'dir. Erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla görülür (3). Nadiren de olsa uzun segment daralması, transvers aortik ark hipoplazisi veya abdominal aort darlığı ile de ilişkili olduğu görülmüştür (1,2). Aort koarktasyonu izole bir daralma şeklinde ortaya çıkabileceği gibi çoğunlukla kompleks kardiyak anomalilerle birlikteliği görülür. Eşlik eden ek kardiyak hastalık durumlarında post-natal, hastanın hayatını tehdit edebilmektedir. Biküspid aort kapak ve ventriküler septal defekt ile birlikte görülme olasılığı yüksektir. Ayrıca koarktasyonlu vakalarda aortik ark hipoplazisi, subaortik membran, mitral kapak anomalileri, atriyal septal defekt, hipoplastik sol kalp sendromu ve patent duktus arteriosus bildirilmiştir (4). Aort koarktasyonlu hastaların %10'a yakınında intrakraniyal anevrizmalar (Berry anevrizması) tespit edilmiştir (5). Aort koarktasyonunun oluşumunda çoğunlukla sporadik olmakla birlikte genetik etkinin de rolü vardır. Turner sendromlu(XO) vakaların yaklaşık %15' inde izole aort koarktasyonu birlikteliği görüldüğünden, koarktasyon tanısı alan kadınlara ek karyotip taraması önerilir.

SINIFLANDIRMA

Duktus arteriozusla (ligamentum arteriosus) olan konumuna göre sınıflandırılır.

¹ Uzm. Dr., SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, drferdisezer@hotmail.com

AORT KOARKTASYON TEDAVİSİ SONRASI HASTA TAKİBİ

Günümüzde, koarktasyon onarımının erken çocukluk döneminde başarıyla yapıldığı göz önüne alındığında, yaşam beklentisi normal olarak kabul edilmektedir. Modern çağda yeniden koarktasyon daha az yaygın olup, yaşam kalitesi normal popülasyona yakındır. Genellikle bu hastaların konjenital kalp hastalıkları alanında uzmanlaşmış bir kardiyolog tarafından süresiz olarak takibi öngörülür. Koarktasyon prosedürü tamamlandıktan sonra düzenli bir randevu programı tutmak, hastalar için optimal sağlık şansını artırmaya yönelik yardımcı olur. Hasta ziyaretlerinin ve testlerinin gerçekleştirilmesi gereken sıklık bireysel bazda olup, büyük ölçüde klinik geçmişe, kardiyak anomalilerin varlığına, onarım türüne ve hastanın kan basıncına bağlı olarak yılda bir kez veya 3 yılda bir muayene için takibe alınmalıdır.

Bu hastalar için rutin klinik muayene, akciğer grafisi, ekokardiyografi ve periyodik MRI veya BT önerilir. Dacron yama onarımı yapılmış veya subklinik anevrizma oluşumunu tespit etmek için her 3 ila 5 yılda bir MRI veya BT görüntülemesi yapılmalıdır.

SONUÇ

Aort koarktasyonlu hastaların cerrahi veya endovasküler tedavi sonrası erken ve geç dönem takipleri sırasında ayrıntılı klinik öykü alınıp, genel muayeneleri yapılmalıdır. Takipler, ek hastalık durumlarına göre uygun ve ayrıntılı tetkik ile desteklenmelidir. Bu hastalarda morbidite ve mortalitenin en önemli prediktörü olarak kabul edilen hipertansiyonun erken tanınması, etkin ve uygun tedavi ile kontrolünün sağlanması için sistematik bir yaklaşım benimsenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Rhoades J , Hijazi Z , R Pathophysiologia of Congenitale Heart Disease. Circulation. 2008 4;117 :1227-1236.
2. Priece TP, Whisenihunt, Policeha AS, AK Aortic coarctation. Ann Vasc. Surgery 2014 ;28:1314 -1321
3. Houffman JL, Kaplaen S. The inc. of Congenitale Heart Disease. Coll. Cardiol 2002;38: 1890-900.
4. Beckear A, Beckear ML, Anomalies ass. With Coarctation of Aorta .Circulation 1970; 41: 1067-75.
5. Dontie AJ, Spineardi J, Brighent N, et al. Frequency of Intracraniale Aneurysmia by M. Rezonance Angiog. Coarc. of the Aorta. Am Cardiol 2015;117:630-633.
6. Cotrain R., V. Kumiam , R. Pathologia Bas. of Disease. W Saunders. 977: 8089, 2302-2303
7. Surgiceal Appr. To Coarctatione of the Aorta. Am Cardiol 2015;115:625-640
8. Bonneat LI , Lesion of Stenose Congenitale de Aorte Regional . R Medd 1903; 23: 107-108.
9. Hamdaen MA. , Alpugami S , Coarctation of the Aorta J Arap. Neonatalite For. 2006; 4: 5-14.
10. Volklea TM, Degenihardt KT, et al. Cardiovascular Anomalies, Coarctation of the Aorta in Turner Syndrome. Clinical Cardiol 2005; 29 :88-93.

11. AlkaishIkari WS, Albugami S, Brighent ZM. Manag. of Coarctation of the Aorta. *Circ J*. 2019; 49:297-314.
12. March Cohen, Peter MN. Coarctation of The Aorta Prediction of Outcomes After Surgic. Correction. *Circulation* 1989;81: 841-846.
13. Cheissa N, Carrza M, Buteara GA, et al; Interventional Cardiolgia for the Manag. of Adults With Cardiol 2002;1840-50
14. Godeart F, et al: Coarctation of The Aorta, Comparison of Aortic Dimensions Between Conventional MRI , E. *Radiol* 12:2033-2040
15. Seiraefi P , Wartner KS, et al. Repair of Coarctation of the Aorta During Neonatal of- late Hypertension. *The Thoracic Surgery*. 1998;67:1377-1383
16. Campbel J, Delorensi S, Browne JK, et al. Improved Results in Coarctation Repair. *An Thoracic Surg* 1980 :272-281.
17. Charlton KM, Lekeas T , et al. Repair Aortic Coarctation. *Vascular Surg* 2016; 60: 66-72.
18. Warines T, Bashores TM, et al. ACC / AHA 2008 Guidelines for the Mang. of Adults with Congenital Heart Disease. *Circulation* 2008;118:e714-e833.
19. Warines T, Dearani JA, Delie Nidoe PJ ACC/AHA 2008 Guidelines for the Mang.of Adults With Congenital Heart Disease. *Circulation* 118 :2396-2450
20. Singeah J, Learson M, Manoliod, et al. Blood Pressure Response During Treadmill-test a New Hypertension. *Circulation* 1999 ;1832-1837
21. Giordano UT, Ciafra B, et al. Hypertension After Surgical Repair of Aortic Coarctation. *Cardiol* 2009, 452-455
22. Cohann MT, Fustery S, Steale PM Coarctation of the aorta. *Circulation* 80 :841-846
23. Kennie D, Poulson JW, Martin RN, et al. Hypertension And Coarctation of the Aort Pathophysiology. *R . Hypertens(ion)* 2011;543-547
24. Cannife C, Ou PJ, Walshea KA, et al. Hypertension After Repair of Aortic Coarctation. *Cardiol*. 2013 :2456-2461
25. Sehestead S, Bandrup U, Mikkelsen E. Different Reactivity and Structure of the Aorta Coarctation *Circulation* 1982 ;1061-1066
26. Frankline S, Wong N, Gustin W, et al. Hemodynamic Patterns of Age-related Blood Pressure. *Circulation* 1997;308-315
27. Krogmann NS., Jakob M, Corin W. Left Ventricular Diastolic-dysfunction Late After Coarctation Repair .*Cardiol* 1993; 1454-60
28. Balie MN, Donosoe VS, Gon NC Renin /Angiotensin/ Aldosterone System in Hypertension After Coarctation Of The Aorta. *Clin Med* 104 :552-560
29. Kennie D, Martines RP, Wolf AS Surgical Approach for Aortic Coarctation Blood Pressure Control. *Thoracc Surg* 90 :601-605
30. Markell H, Rocchaini P, Bekman R, et al. Exercise Induced Hypertension After Repair of Coarctation of the Aorta. *Cardiol* 1986; 164
31. Allison T, Cordeiro M, Daidea Y, Prognostic Significance of Exercise Induced Systemic Hypertension, *Cardiol* 1999:372-376
32. Moltzear A, Mattace U, Y. Karmarmer, et al.Comparison of Arb /Ace-i Versus Beta Blocker . Treatment of Systeamic Hypertension After Repaired Aortic Coarctation. *Cardiol* 2010; 218-223
33. Brili S, Tous D , Anteoniade CT , al.Effects of ACE-i on Endothelial Function Repaired Coarctation of the Aorta. *Cardiol* 2008;743-748
34. Swan LT, Ashraif H, Gatzoulis G, Repair of Aorta Coarctation. *Lancet* 2002 ;976-79