



Ekolojik, Ekonomik ve Sosyal Sürdürülebilirlik İçin

istanbul Gelişim Üniversitesi

www.gelisim.edu.tr

🐦 f gelisimedu @ igugelisim

Bölüm
Adı

Perfüzyon(lisans)

Dersin
Adı

Kalp hastalıkları

Dersin Haftası: **6 . Hafta**

Dersin Öğr. Üyesinin Adı: **Dr. Ali Rıza Cenal**

E-Posta: **arcenal@gelisim.edu.tr**

Telefon: **0532 570 01 96**

Geçen Ders Hakkında

Ders Bilgileri

Ders Günü
ve Saati

24 Mart 2021 Perşembe saat 16.30

Dersin
Kredisi

GBS
Linki

Görüşme
Gün ve Saatleri

Dersin Öğretim
Üyesinin Konumu

Kalp kapak hastalıklarının gelişimi ve tanısı

Kalbin 4 adet kapağı var

Atriyovenriküler kapaklar:

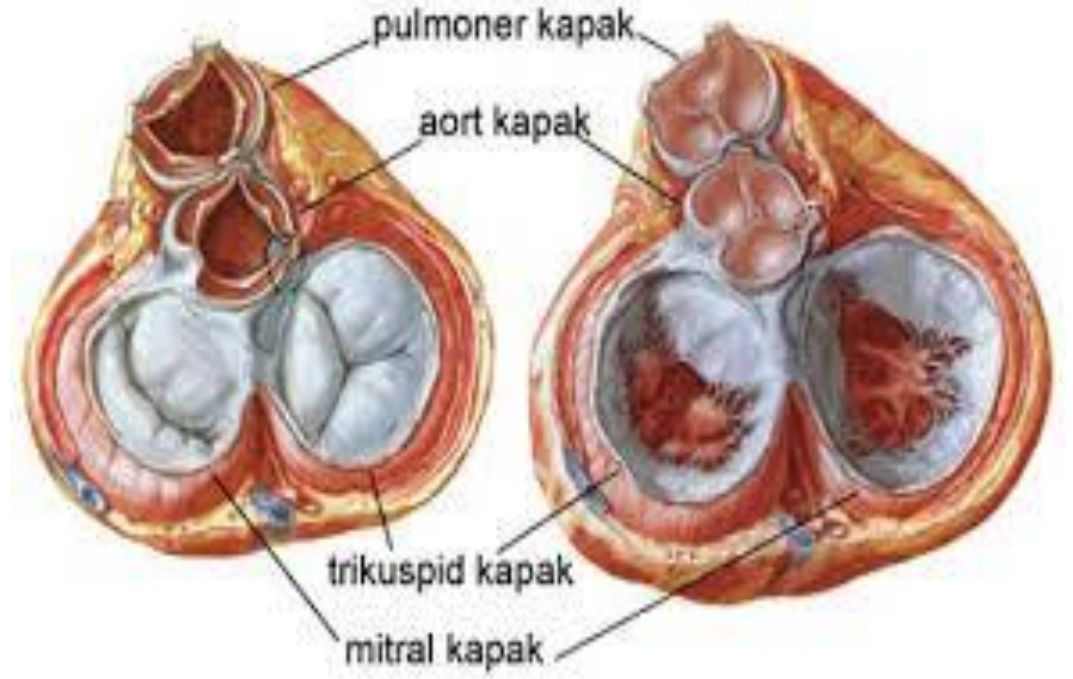
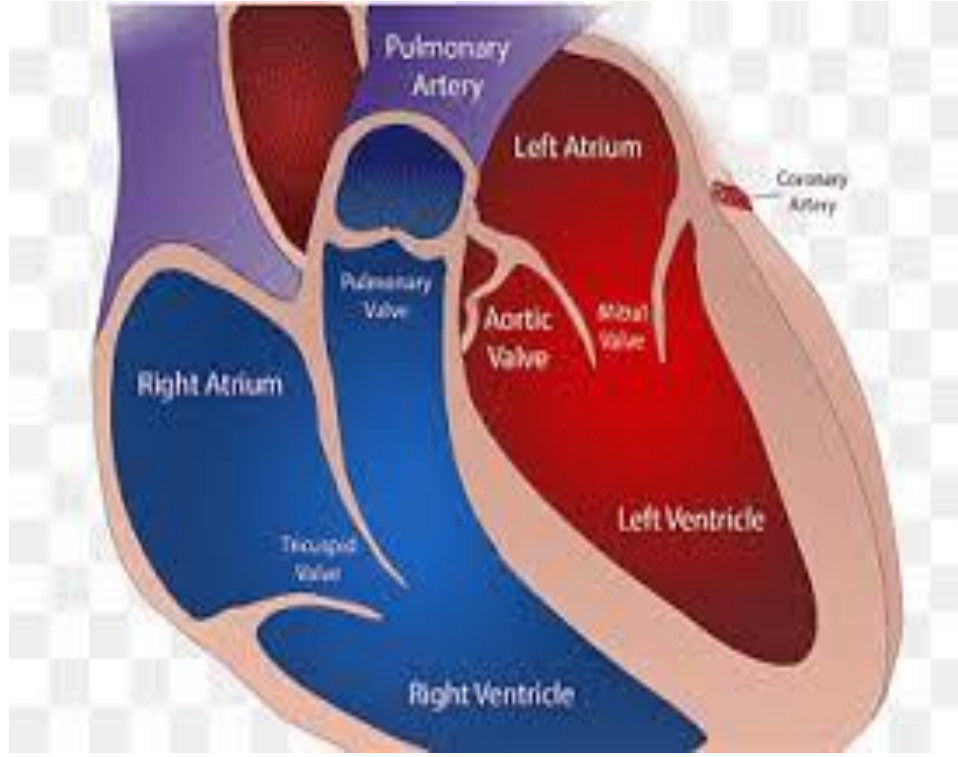
Sol:**mitral** kapak(bicuspid:anterior-posterior)

Sağ:**trikuspid** kapak(anterior,posterior,septal)

Ventriküloarteriel kapaklar:

Sol:**aort** kapak(tricuspid;LCC,RCC,NCC)

Sağ:**pulmoner** kapak(tricuspid:sol,sağ,anterior)



Kapaklar kanın ileri doğru gönderilip geri kaçmasına engel olan yapılardır. Kanın ileri doğru gitmesini engelleyen veya geri kaçmasına neden olan durumlarda ise hem kalp ve akciğerler üzerine yük binmekte, hem de kalp ve tüm organlarda kan ihtiyacı azalabilmektedir.

Kapak hastalığı nedenleri

- Doğumsal(konjenital) kapak hastalıkları(özellikle pulmoner kapak), Mitral Valve Prolapsusu(MVP),ebstein anomalisi(trkuspid kapak),paraşüt mitral kapak,bicuspid aorta v.b.
- Romatizmal ateş
- Koroner arter hastalığı(iskemik mitral)
- Kalsifik dejenerasyon
- İnfektif Endokardit
- Kalp kası hastalıkları (kardiyomiyopati)
- Kapak anulus genişlemesi (bağ dokusu hastalıkları, aort anevrizmalar, tümörler)

Tanı yöntemleri

Anamnez

Son derece önemlidir.Hastanın semptomları doğru değerlendirilmesi hem tanıda hemde tedavide oldukça yol göstericidir.

En önemli semptom dispne(nefes darlığı)dir.

Yorgunluk,çarpıntı,karında ve ayaklarda şişme(ödem)
Felç geçirme,baş dönmesi,bayılma,göğüs ağrısı....

Fizik muayene

Aort,pulmoner ve trikuspid kapakta darlık varsa **sistolik üfürüm**, yetmezlik(regürjitasyon,geriye kaçak) varsa **diastolik çekici üfürüm** duyulur.

Mitral kapakta darlık varsa diastolik,yetmezlik varsa sistolik üfürüm duyulur.

Atriyal fibrilasyon varsa düzensiz ritim tespit edilir.

Akciğerlerde krepitasyon,kaba raller duyulabilir.

Sağ yetmezlik varsa venöz dolgunluk,karında şişlik(ascites),pretibial ödem olabilir.

Bir elektrokardiyogram (**EKG**) ve **akciğer filmi** de genellikle klinik muayene sırasında çekilir. Nefes darlığının ve klinik kalp yetmezliğinin belirtilerinin yorumlanması aşamasında, akciğer filminde **kalp büyümesinin** yanı sıra akciğer damarlanmasının da değerlendirilmesi gereklidir.

EKG’de özellikle atriyal fibrilasyon tespiti önemlidir.

Ekokardiyografi

Ekokardiyografi KKPH tanısının doğrulanmasında, şiddeti ve prognozunun değerlendirilmesinde kullanılan **en önemli** tekniktir. Bu inceleme, üfürümü olan her hastada, klinik değerlendirme sonrası kapak hastalığı şüphesi ortadan kalkmadığı sürece, gereklidir.

Darlıkta, **kapak alanı ve gradient**(kapağın önü ve arkasındaki basınç farkı) darlığın derecesini (hafif,orta,ciddi) belirler. Yetmezlikte,geri kaçan akımın volümü,ne kadar geri kaçtığı,kapaktaki kaçağın orifis alanı gibi bulgular ,geri kaçağın derecesini belirler.

Ekokardiyografi

Yine **atriyumların ve ventriküllerin(sistolde ve diastolde) çapları,pulmoner arter basıncı**, hem tanıda hem de tedavide önemli yol göstericidir.

Ejeksiyon Fraksiyonu(EF) ve ventrikül fonksiyonlarını gösterir.
Üç boyutlu ekokardiyografi (3DE), anatomik özelliklerin değerlendirilmesinde kullanışlı bir yöntem olup, girişim tipinin seçilmesinde etkili olabilir. Özellikle mitral kapakta yarar sağlayabilir.

Transözofageal ekokardiyografi (TÖE), transtorasik ekokardiyografi (TTE) uygun kalitede değilse veya tromboz, protez işlev bozukluğu veya endokardit kuşkusu varsa düşünülmelidir. Girişimsel işlemler sırasında TÖE, perkütan işlemlerin veya cerrahi kapak tamirinin sonuçlarını izlememizi sağlar. Kapak tamiri işlemi sırasında, yüksek kalitede TÖE kullanılması zorunludur. **Üç boyutlu TÖE**, iki boyutlu ekokardiyografiye göre kapak anatomisinin daha ayrıntılı incelenmesini sağlar ve karmaşık kapak problemlerinin değerlendirilmesi veya cerrahi ve perkütan girişimin izlenmesi açısından kullanışlıdır.

Egzersiz EKG

Egzersiz testinin birincil amacı **asemptomatik olduğunu iddia eden veya şüpheli belirtileri olan hastalarda belirtilerin oluşumunu nesnel olarak ortaya çıkarmaktır**. Egzersiz testi AD'da risk sınıflaması açısından ek bir değer taşır. Egzersiz testi ile, **spor da dahil olmak üzere, izin verilecek fiziksel aktivite düzeyi de belirlenebilir**.

Egzersiz ekokardiyografi

Egzersiz ekokardiyografi, fazla özgül bir belirti olmayan **nefes darlığının kardiyak nedenli olup olmadığını** incelerken, örneğin, **mitral yetersizliği/aortik basınç farkı derecesinde veya sistolik pulmoner basınçta artış olduğunu** göstererek, ek bilgiler sağlayabilir. İstirahatte yapılan tetkiklerde gözden kaçabilen geçici **iskemik MY'de** tanısal değere sahiptir. Egzersiz ekokardiyografinin prognostik etkisi **özellikle AD ve MY'de** gösterilmiştir. Ancak bu teknik yaygın olarak erişilebilen bir yöntem değildir, **teknik olarak zorlu olabilir ve özel uzmanlık gerektirir.**

Kardiyak manyetik rezonans(KMR)

Ekokardiyografi kalitesi yetersiz veya sonuçları tutarsız olan hastalarda, kapak lezyonlarının şiddetinin **özellikle regürjitan lezyonlar ve ventrikül hacimleri ile sistolik işlevlerinin değerlendirilmesinde**, bu parametreleri **ekokardiyografiden daha yüksek tekrarlanabilirlikle değerlendirdiği** için, kardiyak manyetik rezonans (KMR) kullanılmalıdır.

KMR SğV(sağ ventrikül) hacim ve işlevlerinin değerlendirilmesinde referans yöntemdir ve bu nedenle **triküspit yetersizliğinin (TY) sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanışlıdır**. Ekokardiyografi ile karşılaştırıldığında erişilebilirliği kısıtlı olduğu için, uygulamada KMR'nin **rutin kullanımı sınırlıdır**.

Bilgisayarlı tomografi

Çok kesitli bilgisayarlı tomografi (ÇKBT), kapak hastalığının şiddetinin değerlendirilmesinde (özellikle AD'da) ya dolaylı olarak kapak kalsifikasyonunu ölçerek veya doğrudan kapak planimetrisi ölçümü yoluyla katkıda bulunabilir. Asendan aort anevrizmasının yerleşimi ve şiddetinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılır. ÇKBT, TAVİ düşünülen yüksek riskli AD'li hastaların değerlendirilmesinde önemli rol oynar. Bununla birlikte, radyasyon maruziyeti ve kontrast enjeksiyonuna bağlı böbrek yetersizliği riski dikkate alınmalıdır.

Floroskopi

Floroskopi, **kapak veya anülüs kireçlenmesini** değerlendirmede ekokardiyografiden **daha özgüdür**. Ayrıca mekanik bir protezi tıkayan yapıların hareketlerinin değerlendirilmesinde de kullanışlıdır.

Radyonüklit anjiyografi

Radyonüklit anjiyografi sinus ritmindeki hastalarda **SoV (sol ventrikül) ejeksiyon fraksiyonunun (SoVEF) güvenilir ve tekrarlanabilir şekilde değerlendirilmesini sağlar**. Özellikle kapak yetersizliği olan asemptomatik hastalarda karar aşamasında SoVEF önemli rol oynuyorsa uygulanabilir.

Biyobelirteçler

B-tipi natriüretik peptit (BNP) serum düzeyinin, özellikle AD ve MY’ de, işlevsel sınıflama ve prognozla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Risk sınıflamasındaki değerine ilişkin kanıtlar bugüne dek sınırlı kalmıştır.

İnvaziv tetkikler

Koroner anjiyografi

Koroner anjiyografi, **cerrahi girişim planlanıyorsa**, eşlik eden **KAH'ı saptamada büyük ölçüde gereklidir** . Koroner anatomi hakkında bilgi sahibi olunması, risk sınıflamasına katkıda bulunur ve eşlik eden **koroner revaskülarizasyonun da gerekli olup olmadığının belirlenmesini sağlar**.

Aterosklerotik risk faktörleri olmayan genç hastalarda (**erkek <40 yaş ve premenopozal kadın**) ve **akut aort diseksiyonu**, koroner ostiyumların önünde büyük bir **aort vejetasyonu** veya hemodinamik durumu kararsız hale getiren **tıkayıcı protez trombozunun** bulunması gibi, getirdiği riskin sağlayacağı yarardan daha ağır bastığı nadir durumlarda **koroner anjiyografi yapılmayabilir**.

Kalp kateterizasyonu

Basınç ve kalp debisi ölçümleri ya da ventriküler anjiyografi veya aortografi işlemi, invaziv olmayan değerlendirmelerle bir sonuca varılamayan veya klinik bulgularla uyumlu sonuçlar elde edilemeyen durumlarda **sınırlıdır**. Olası riskleri nedeniyle, koroner anjiyografi ile birlikte **rutin olarak hemodinamik durumu değerlendirmeye yönelik kalp kateterizasyonu yapılmamalıdır**.

Kapak hastalıkları

Aort darlığı(AD)

AD, **Avrupa ve Kuzey Amerika'da en sık karşılaşılan** kalp kapak hastalığı(KKPH) tipi haline gelmiştir. İleri yaşlardaki erişkinlerde (**65 yaş üzeri topluluğun %2-7'sinde**) öncelikle **kalsifik AD** olarak ortaya çıkar. İkinci sıklıkta karşılaşılan ve daha genç yaş grubunda baskın olan etiyoloji doğumsal AD(bicuspid aorta,subaortik membran..) olup, **romatizmal AD giderek daha nadir görülmeye** başlanmıştır.Fakat az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hala romatizmal ateş yüksektir.Ülkemizde de giderek azalmaktadır.

Dikkatli bir sorgulama, **semptomların (egzersiz dispnesi, angina, baş dönmesi veya senkop)** varlığını kontrol etmek amacını taşır ve uygun **hasta yönetimi açısından çok önemlidir**. Hastalar farkında olmadan aktivitelerini azaltmış oldukları için, semptom varlığını reddedebilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. **Semptom önemlidir.Çünkü semptomlar başladıktan sonra 5 yıllık sağkalım oranları yalnızca %15-50'dir. Cerrahi endikasyonu kuvvetli etkiler.**

Karakteristik **sistolik üfürüm dikkati çekicidir** ve ileri tanısal incelemeye yol gösterir. Ancak üfürüm bazen zayıf olabilir ve hastalığın ilk ortaya çıkış tablosu da nedeni bilinmeyen KY olabilir.

Duyarlı bir belirti olmamakla birlikte, ikinci aort sesinin kaybolması şiddetli AD'ye özgüdür.

Kalsifik AD; kronik, ilerleyici bir hastalıktır. Hastalar uzun bir latent dönem boyunca asemptomatik kalırlar. Asemptomatik dönemin süresi bireyler arasında büyük değişkenlik gösterir. Ani kalp ölümü, semptomatik hastalarda ölümün sık sebebinden biridir, ancak gerçek asemptomatik hastalarda çok şiddetli AD'da bile çok nadir görülür ($\leq\%1/\text{yıl}$). Şiddetli AD olan asemptomatik hastalarda bildirilen 2 yıllık ortalama olaysız sağkalım %20 ile $>\%50$ arasındadır.

Ekokardiyografi temel tanı aracıdır. AD varlığını doğrular, kapak kalsifikasyonunun derecesini, SoV işlevi ve duvar kalınlığını değerlendirir, eşlik eden diğer kapak hastalıkları ve aort patolojisini saptar ve prognozla ilgili bilgi sağlar.

Aort kapak alanı 1 cm²'nin altında ve ortalama gradient 40 mmhg'nın üstünde ise ciddi aort darlığı vardemektir.

Aort Yetersizliği(AY)

AY semptomları nefes darlığı,göğüs ağrısı,baş dönmesi,çarpıntı olabilir.İlk olarak ayrıntılı bir klinik değerlendirme yapılmalıdır. AY tanısı uygun özelliklerde **diyastolik bir üfürümün** duyulmasıyla konur. Abartılı arter vuruları ve **düşük diyastolik basınç**, AY'nin şiddetinin ölçülmesi için gereken ilk ve başlıca klinik bulgulardır.

En sık **enfektif endokardit ve aort diseksiyonundan** kaynaklanmakta olan **akut şiddetli AY'li** hastalarda, hemodinamik dengesizlik nedeniyle, girişim yapılmaması durumunda **prognoz kötüdür.**

Kronik şiddetli AY ve semptomları olan hastalarda da uzun dönem prognoz iyi değildir. Semptomlar belirgin hale geldikten sonra cerrahi tedavi yapılmayan hastalarda yıllık mortalite %10-20'e kadar yükselmektedir.

İleri kronik AY olan, SoV işlevleri normal, asemptomatik hastalarda olumsuz olay olasılığı düşüktür. Bununla birlikte SoV sistol sonu çapı (SoVSSÇ) >50 mm'a çıktığında, yıllık olay oranının %19'a yükseldiği bildirilmiştir.

Aort yetersizliği (AY), aort kapak yaprakçıklarının birincil hastalığı ve/veya **aort kökü geometrisinin anormalliklerinden** kaynaklanabilir. İkinci durum, batılı ülkelerde saf AY nedeniyle ameliyat edilen hastalarda giderek artan sıklıkta gözlemlenmektedir. Doğumsal anormallikler, özellikle **biküspit morfoloji, en sık karşılaşılan ikinci bulgudur**. AY mekanizmasının incelenmesi, özellikle kapak onarımı düşünölen hastalarda tedaviyi etkiler.

Mitral darlığı(MD)

Mitral darlığının başlıca nedeni olan **romatizmal ateş** endüstrileşmiş ülkelerde büyük ölçüde azalmıştır, buna rağmen dünya genelinde MD hâlâ önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.Yaşlı hastalarda anulus ve kapak kalsifikasyonuna bağlı olarakta gelişebilir.

MD'li hasta **yıllarca asemptomatik kalabilir** ve sonra etkinliklerinde kademeli bir azalma ile başvururabilir. Tanı genellikle **fizik muayene, akciğer grafisi, EKG ve ekokardiyografi ile konur.**

Ekokardiyografi, MD'nin şiddetini, sonuçlarını ve anatomik lezyonların yaygınlığını değerlendirmede kullanılan başlıca inceleme yöntemidir.

Kapak alanı ve transvalvüler basınç gradienti ölçülür. Kapak alanı $>1.5 \text{ cm}^2$ ise, MD genellikle istirahatte klinik sorunlara yol açmaz.

Ekokardiyografi, aynı zamanda **pulmoner arter basınçları, eşlik eden MY, ek kapak hastalıkları ve SoA(sol atriyum) boyutlarını da değerlendirir.** Diğer kapak hastalıklarının sıklıkla MD'ye eşlik etmesi nedeniyle, **aort ve triküspit kapağın kapsamlı bir şekilde incelenmesi zorunludur.** TTE, rutin tedavi için sıklıkla yeterli bilgiyi sağlar.

TÖE, PMK öncesi veya bir emboli atağı sonrasında **SoA'da trombüs varlığının dışlanması** gerektiği ya da TTE'nin anatomi hakkında yeterli bilgi sağlamadığı durumlarda, ya da seçilmiş olgularda işlemi yönlendirmek amacıyla yapılmalıdır.

Asemptomatik hastalarda, on yıla kadar varan iyi bir sağkalım saptanmıştır. **Gebelik ya da AF veya emboli** gibi komplikasyonların tetiklediği ani kötüleşmelere bağlı olarak, ilerleme çok değişken seyretmektedir.

Girişim yapılmadığı takdirde semptomatik hastaların prognozu kötüdür.

Mitral Yetersizliği(MY)

MY Avrupa'da cerrahi gerektiren ikinci en sık kapak hastalığıdır.

Kapak tamirininin iyi sonuçlarından dolayı tedavi yeniden tanımlanmıştır. MY mekanizmalarına göre **birincil ve ikincil MY** olarak ayrı ayrı ele alınabilir. Her iki mekanizmanın da bir arada olduğu nadir durumlarda genellikle bu mekanizmalardan biri baskın hale gelmekte ve tedaviye rehberlik etmektedir.

Birincil Mitral Yetersizliği

Birincil MY, intrensek lezyonların **mitral kapak aygıtının bir ya da daha fazla parçasını etkilediği tüm etiyolojileri kapsar.**

Romatizmal ateş insidansının azalması ve sanayileşmiş ölkelerde yaşam süresinin uzaması, etiyolojik dağılımı giderek değiştirmiş ve **dejeneratif MY en yaygın MY tipi** haline gelmiştir.

Akut Mitral Yetersizliği

Papiller kas rüptürüne bağlı akut mitral yetersizliği, akut miyokart enfarktüsü sonrası **şok ya da akut akciğer ödemi** ile başvuran hastalarda akla gelmelidir. Fizik muayene yanıltıcı olabilir; özellikle üfürüm yumuşak ya da hiç duyulmayabilir ve ekokardiyografide renkli Doppler akımı lezyonun ciddiyetini olduğundan düşük gösterebilir. Tanı akut kalp yetersizliği varlığında hiperdinamik işlevin gösterilmesiyle konur, dolayısıyla böyle bir tabloda ivedi ekokardiyografinin önemi büyüktür. Akut MY **enfektif endokardit ve travma sonucu** da gelişebilir

Akut MY iyi tolere edilemez ve girişim yapılmadığında prognoz kötüdür. Korda rüptürü olan hastalarda başlangıçtaki semptomatik dönemden sonra hastanın klinik durumu kararlı duruma gelebilir. Bununla birlikte ameliyat edilmediğinde, izlemde **pulmoner hipertansiyon** gelişeceği için kötü bir spontan prognozu vardır.

Kronik Mitral Yetersizliği

Klinik muayene sıklıkla MY'nin varlığıyla ilgili ilk ipuçlarını verir ve üçüncü kalp sesinin varlığı ve sistolik üfürümün süresine bakarak MY'nin şiddeti hakkında da fikir edinilebilir.

Asemptomatik şiddetli kronik MY’de, tahmini 5 yıllık herhangi bir nedene bağlı ölüm, kardiyak nedenlere bağlı ölüm ve kardiyak olay (kardiyak nedenlere bağlı ölüm, KY veya tıbbi tedavi gerektiren yeni AF) oranları sırasıyla %22±3, %14±3 ve %33±3 olarak bulunmuştur. Semptomlara ek olarak yaş, AF, MY’nin derecesi ,pulmoner hipertansiyon, SoA genişlemesi, SoVSSÇ artışı ve düşük SoVEF’nin tümü olumsuz sonlanım için öngördürücü göstergelerdir.

İkincil mitral yetersizliği

İşlevsel MY olarak da adlandırılan ikincil MY'de **kapak yaprakçıkları ve kordalar yapısal olarak normaldir**. MY, KAH veya idiyopatik dilate kardiyomiyopatiye bağlı **SoV genişlemesi ve yeniden biçimlenmesi sonucu subvalvüler aygıtın geometrisinin bozulması sonucu oluşur**. KAH'a bağlı gelişen MY, **iskemik MY olarak da adlandırılır**; ancak, miyokart iskemisinin devam ettiği anlamını taşımaz.

İkincil MY bir birincil kapak hastalığı değil, **SoV işlev bozukluğuna (kasılma gücünde azalma ve/veya SoV dissenkronisi) bağlı kapanma kuvvetinde azalma ve 'tethering' (papiller kasların apikal ve lateral yönde yer değiştirmesi, anüler dilatasyon) sonucu oluşan bir durumdur.**

Kronik ikincil MY'de üfürüm sıklıkla yumuşaktır ve şiddeti MY'nin ciddiyetiyle ilgili değildir. İskemik MY dinamik bir durumdur ve şiddeti yüklenme koşullarındaki değişikliklere bağlı olarak değişebilir: **hipertansiyon, tıbbi tedavi veya egzersiz**. MY'nin dinamik bileşeni **egzersiz ekokardiyografi** ile değerlendirilebilir. İskemik MY'deki dinamik değişiklikler ve bunların sonucunda akciğer damarlarındaki basıncın artması nedeniyle **akut akciğer ödemi** gelişebilir

Ekokardiyografik inceleme, tanının konmasında ve koroner arter hastalığı veya KY(kalp yetmezliği) bulunan hastalarda **birincil MY'yi ikincil olandan ayırmada yararlıdır.**

Miyokard infarktüsü sonrasında ve KY hastalarında, ikincil MY rutin olarak araştırılmalı ve MY'nin şiddeti Doppler ile değerlendirilmelidir.

Koroner durumun değerlendirilmesi tanının tamamlanması ve revaskülarizasyon seçeneklerinin değerlendirilmesi için gereklidir. **Düşük SoVEF’li hastalarda**, mevcut görüntüleme tekniklerinden biriyle (dobutamin ekokardiyografi, tek foton emisyon BT, pozitron emisyon BT veya KMR) miyokart canlılığının olup olmadığının ve canlı doku miktarının değerlendirilmesi zorunludur.

Kronik iskemik MY'si olan hastaların prognozu kötüdür.
Şiddetli **KAH ve SoV işlev bozukluğunun** varlığı prognostik önem taşır. MY'nin prognozu nasıl kötüleştirdiği belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte **MY'nin şiddeti arttıkça prognoz kötüleşmektedir.**

Triküspit yetersizliği

Normal bireylerde ekokardiyografide sıklıkla eser derecede TY saptanır. **Patolojik TY, birincil kapak lezyonuna bağlı olmaktan çok ikincildir. İkincil TY, anüler genişleme ve SğV'nin aşırı basınç ve/veya hacim yüklenmesi sonucu triküspit kapağın 'tethering'ine bağlı olarak ortaya çıkar. Basınç yüklenmesinin en sık nedeni, sol taraflı kalp hastalığına bağlı pulmoner hipertansiyon olup, daha nadiren kor pulmonale veya idiyopatik pulmoner arteriyel hipertansiyondur. SğV hacim yüklenmesi olasılıkla atriyal septal defekt veya SğV'nin entrensek hastalığı ile ilişkilidir.**

Ön plandaki semptomlar ilişkili kapak hastalıklarına bağlıdır ve **şiddetli TY dahi uzun süre iyi tolere edilebilir**. Sağ kalp yetmezliği(KY) klinik belirtileri -yüke bağımlı olmalarına rağmen- TY'nin şiddetinin değerlendirilmesinde önem taşırlar.

TY'nin değerlendirilmesinde kullanılan ideal teknik **ekokardiyografidir**. Ekokardiyografi řu bilgileri sağlar: MY'ye benzer şekilde, kapakta yapısal anomalilerinin saptanması **ikincil ve birincil tiplerinin ayrılmasını** sağlar. Birincil tip TY'de, etioloji kapağın yapısında özgül anomalilerin saptanmasıyla belirlenebilir: **endokarditte vejetasyonlar, romatizmal veya karsinoid hastalıkta yaprakçıklarda kalınlaşma ve çekilme, miksomatöz veya postravmatik hastalıkta prolabe/flail yaprakçıklar ve Ebstein anomalisi gibi doğumsal hastalıklarda displastik triküspit kapak görölmesi gibi**

Birincil TY'nin doğal seyri konusundaki sınırlı sayıda veri, şiddetli TY'nin -işlevsel olarak yıllarca iyi tolere edilebilse bile- **kötü prognoza sahip olduğunu düşündürmektedir.** Sol taraflı kapak yetersizliğinde olduğu gibi, uzun süreli hacim yükü **ventrikül işlev bozukluğu ve geri dönüşümsüz miyokart hasarına** neden olabilir.

İkincil TY, nedenin ortadan kaldırılması sonrasında SğV yetersizliğinin iyileşmesiyle birlikte azalabilir ya da kaybolabilir. Bununla birlikte sol taraflı lezyonlar başarılı bir şekilde düzeltildikten sonra dahi TY devam edebilir. İşlevsel TY'nin mitral kapak hastalığının cerrahi girişimle tedavi edilmesinden sonraki gelişmesinin öngörülebilmesi halen güçtür.

Pulmoner hipertansiyon, SğV basıncının ve boyutlarının artmış olması, SğV işlevinin azalması, AF, pacemaker leadleri, triküspit kapak bozukluğunun şiddeti (triküspit anülüs çapı, koaptasyon uzunluğu), TY'nin direngen olması veya geç dönemde kötüleşmesi açısından önemli risk faktörleridir.

Triküspit darlığı

Triküspit darlığı (TD), çoğunlukla **romatizmal nedenli** olup, **gelişmiş ülkelerde nadiren** gözlenmekte, buna karşılık **gelişmekte olan ülkelerde halen görülmektedir**. Tanınabilmesi için dikkatli bir değerlendirme gerekir, çünkü hemen her zaman klinik tabloya hakim olan sol taraflı kapak lezyonları ile birlikte.

Eşlik eden kapak lezyonları, özellikle MD, TD'nin klinik belirtilerini sıklıkla maskeler. **Ekokardiyografi en yararlı bilgileri sağlar.** TD sıklıkla gözden kaçır ve dikkatli bir değerlendirme gerektirir **Üç boyutlu ekokardiyografi** kullanılmadığı sürece, kapak alanı planimetrisi genellikle olanaksızdır.

Normal kalp hızında, **ortalama basınç farkının ≥ 5 mmHg olmasının klinik olarak anlamlı TD varlığına** işaret ettiği kabul edilir.

Ekokardiyografi incelemesinde, **komissür füzyonunun varlığı**, onarılabiliirliğin en önemli belirleyicisi olan kapak ve **subvalvüler yapının anatomisi**, eşlik eden **TY'nin derecesi gibi faktörler de değerlendirilmelidir.**

Başvurulan Kaynaklar

Kalp Kapak Hastalıkları Tedavi Kılavuzu
(2012 versiyonu)
Türk Kardiyol Dern Arş 2013, Suppl. 3

Bir Sonraki Ders
Hakkında

Genel tekrar



Katılımınız için

Teşekkür Ederiz.

www.gelisim.edu.tr

🐦 f gelisimedu

📷 igugelisim