



BÖLÜM 11

Kalp Kapak Merkezi ve Kalp Takımının Tanımı

Yiğit ÇANGA¹

KALP KAPAK MERKEZİNİN TANIMI

Uzayan insan ömrüyle birlikte kalp kapak hastalıklarının görülme sıklığındaki artış ve günümüzde artan tedavi seçenekleri, hastaların kısa ve uzun dönem yönetim ve takiplerinde birtakım zorlukları da beraberinde getirmektedir. Düzenli olarak güncellenen, detaylı ve iyi tanımlanmış kapak hastalıkları kılavuzlarına rağmen, kalp kapak hastalıklarının tespiti, takip stratejileri ve doğru zamanda uygun tedavi yöntemleri hala yeterince uygulanamamaktadır. Pek çok ülkede kalp kapak hastalıkları özel olarak bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından yönetilmemektedir. Bu durum yanlış tanılara, kapak hastalığının cerrahi veya perkütan girişim ile tedavisinde uygunsuz gecikmelere dolayısıyla hastalığın ilerleyişi ve hastanın survisi üzerine olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu tür istenmeyen sonuçları en aza indirmek için, özel olarak yapılandırılmış tüm tanı, takip ve tedavi süreçlerinde belirlenmiş standartları olan organizasyonlara ihtiyaç duyulmaktadır. Halihazırda bu amaçla kurulmuş, kapak hastalıkları alanında uzmanlaşmış farklı disiplinlerden birçok klinisyenin görev aldığı, ayaktan hasta takibi ile

birlikte yatan hasta tedavi süreçlerini de yönetmenin yanısıra eğitim ve öğretim faaliyetlerindeki de “kalp kapak klinikleri” bulunmaktadır. Uluslararası kalp kapak hastalıkları tedavi kılavuzları, bu uzman kalp kapak kliniği konseptini “kalp kapak mükemmelliyet merkezi” veya “kalp kapak merkezi” olarak genişletmektedir^{1,2}. Kalp kapak merkezinin bir mükemmelliyet merkezi olarak kalp kapak kliniği içermesinin yanında mitral kapak hastaları, triküspit kapak hastaları, aort ve aort kapak hastaları ve enfektif endokardit hastalarına daha kaliteli sağlık hizmeti verebilmek adına multidisipliner kalp takımlarına sahip olması gerekmektedir. Kalp kapak hastalığı uzmanları tarafından amacına uygun olarak yapılandırılmış bir ortamda, multidisipliner bir yaklaşım ile, uzmanlaşmış ve merkezileştirilmiş bir değerlendirme, tedavi ve hasta eğitimi sağlamak kalp kapak mükemmelliyet merkezlerinin kurulmasına temel oluşturmaktadır³.

Kalp kapak kliniği, özel ve yapılandırılmış ayaktan tedavi kliniğidir. Kalp kapak merkezlerinin ana unsurlarından biri olan kalp kapak kliniğinin işlevleri öncelikle kalp kapak hastalığını

¹ Doç. Dr. Yiğit ÇANGA, T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD., canga81@hotmail.com



rım cerrahisi uygulayan cerrahlar, mitral onarım, atriyal fibrilasyon ablasyonu ve triküspit anüloplastisi konusunda yerel kurul onaylı temel cerrahi eğitimden geçmelidir. Ayrıca cerrahlara, yeni onarım teknikleri konusunda ve "öğrenme eğrisinin" olumsuz sonuçlar üzerindeki etkilerini en aza indirmek için yeni tip kalp kapaklarının implantasyonu ile ilgili rehberlik edilmelidir. Perkütan koroner girişim ve vasküler cerrahi için vaka sayısı önerileri mevcut olmasına rağmen, kapak cerrahisi ve transkateter girişimlerin sonuçları ile vaka sayısı arasındaki ilişki tartışmalı bir konudur. Bu nedenle yapılan girişimlerinin sonuçlarının iyi olması, belirlenmiş vaka sayısı hedeflerine ulaşmaktan daha önemlidir. Cerrah başına düşen mitral kapak tamir işlemi sayısının yıllık >20-40 üzerinde olması uzman görüşü olarak veya retrospektif analizler tarafından önerilmektedir⁷⁻⁸. Minimal invazif mitral kapak ameliyatı öğrenme hedefi için haftada ortalama en az bir operasyon olmak üzere 75-125 operasyon önerilmektedir⁹.

İleri aort darlığında (AD) tedavi seçenekleri cerrahi aort kapak replasmanı (AVR) veya transkateter aort kapak replasmanıdır (TAVİ). Orta ve yüksek riskli semptomatik ileri AD hastalarında transkateter aort kapak replasmanı, cerrahi yöntem yerine tercih edilebilmektedir. Kalp takımı bazı merkezlerde bütün ileri AD vakalarını bazı merkezlerde ise seçilmiş ileri AD vakalarını değerlendirilerek en uygun tedavi seçeneğine karar verir. AVR ve TAVİ adayları arasında ayırım yapmak için cerrahi risk sınıflandırması sıklıkla lojistik EuroSCORE ve STS skoru kullanılarak yapılır. Pek çok ülkede TAVİ işleminin geri ödemesi için kalp takımının kararı gerekmektedir. Ross prosedürü de diğer kompleks bir işlem olup, mutlaka geniş tecrübeye sahip bir merkezde öğrenilmelidir. Aort yetersizliklerinin %60'ı bu tür merkezlerde tamir edilebilir¹⁰ ve aort kökünün yeniden şekillendirilmesi bu tamir işleminin bir parçası olabilir. Preoperatif inceleme ve intraoperatif görüntüleme için tüm kalp takımı tecrübe sahibi olmalıdır. Minimal invazif aort kapak cerrahisi de artan sıklıkta kullanılmaktadır. Özel zorluklar içe-

ren bu teknik için cerrahi ekip, özenli bir eğitim ve gözetmenlik sürecinden geçmelidir. TAVİ yapılan merkezlerde daha düşük erken ölüm ve hastaneye yeniden yatış oranlarına ulaşabilmek için hastanelerin ulaşması gereken yıllık TAVİ sayıları Fransa ve Birleşik Krallık'ta >50 TAVİ, Hollanda'da >75 TAVİ olarak önerilmektedir⁵. Aort kapak tamiri için belirlenmiş bir eşik vaka sayısal değeri yoktur. Mitral kapakta olduğu gibi aort kapak ile ilgili bu tür önerilerinde retrospektif çalışmalardan geldiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, et al. 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021;143:e72-e227.
2. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. ESC/EACTS Scientific Document Group. 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), *European Heart Journal*, 2021; ehab395.
3. Bhattacharyya S, Pavitt C, Lloyd G, et al. British Heart Valve Society. Prevalence & composition of heart valve multi-disciplinary teams within a national health system. *Int J Cardiol*. 2014;177:1120-1.
4. Lancellotti P, Dulgheru R, Sakalihasan N. Centres of excellence in heart valve surgery: are there standards for best practice?
5. Kortelant NM, Bras FJ, van Hout FMA, et al. Prosthetic aortic valve selection: current patient experience, preferences and knowledge. *Open Heart* 2015;2:e000237.
6. Rosenhek R, Rader F, Klaar U, et al. Outcome of watchful waiting in asymptomatic severe mitral regurgitation. *Circulation* 2006;113:2238-44.
7. Bolling SE, Li S, O'Brien SM, Brennan JM, et al. Predictors of mitral valve repair: clinical and surgeon factors. *Ann Thorac Surg* 2010;90:1904-1911.
8. Kilic A, Shah AS, Conte JV, et al. Operative outcomes in mitral valve surgery: combined effects of surgeon and hospital volume in a population-based analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;146:638-646.
9. Holzhey DM, Seeburger J, Misfeld M, et al. Learning minimally invasive mitral valve surgery: a cumulative sum sequential probability analysis of 3895 operations from a single high volume center. *Circulation* 2013;128:483-491.
10. Aicher D, Fries R, Rodionychewa S, et al. Aortic valve repair leads to a low incidence of valve-related complications. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010;37:127-132.