



BÖLÜM 12

Kapak Hastalıkları İle İlişkili Kardiyovasküler Hastalıkların Yönetimi

Yiğit ÇANGA¹

KORONER ARTER HASTALIĞI

Benzer demografik profilleri göz önüne alındığında kalp kapak hastalığı ile koroner arter hastalığı (KAH) sıklıkla bir arada bulunur ve sekonder mitral yetersizliğinde (MY), patofizyolojik bir bağlantıya da sahiptirler. Genel olarak, kalp kapak hastalığı olan hastaların %40'ında eşlik eden KAH mevcuttur¹. Koroner anatomisinin bilinmesi, risk sınıflandırmasına katkı sağlamanın yanında eşlik eden koroner revaskülarizasyonun gerekliliği hakkında yol gösterecektir. Bu nedenle; aterosklerotik risk faktörü olmayan genç hastalar (erkek<40 yaş ve menopoz öncesi kadın) ve anjiyografinin risklerinin faydalarından fazla olduğu durumlar hariçinde (aort diseksiyonu, koroner ostiyum önünde geniş aortik vejetasyon, veya hemodinamik bozukluğa yol açan tıkalı protez kapak trombozu) ciddi kapak hastalığı olan tüm hastalara kapak cerrahisi öncesinde koroner anjiyografi (KAG) önerilmektedir².

Orta ile ileri sekonder MY'nin değerlendirilmesinde de KAG önerilir. Sekonder MY, yapısal olarak normal kapakçıkları ve kordaları olan hastalarda, bölgesel duvar hareket anormallikleri

veya global dilatasyon ile birlikte papiller kasların yer değiştirmesi, liflet tethering, anüler dilatasyon, azalmış kontraktiliteden dolayı azalan kapanma kuvvetleri gibi birtakım nedenlerden dolayı meydana gelir. Revaskülarizasyon, sol ventrikülün ters yeniden şekillenmesi yoluyla, sekonder MY'ni olumlu yönde etkileyebilir.

Kapak cerrahisi öncesi düşük ile orta ön test KAH olasılığı olan seçilmiş hastalarda veya konvansiyonel KAG'nin teknik olarak uygun olmadığı veya yüksek riskle ilişkili olduğu hastalarda, KAG'ye alternatif olarak kontrastlı koroner bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi düşünülebilir. Aktif anjina semptomları olan, belgelenmiş iskemisi olan veya önceden KAH öyküsü olan hastalara selektif KAG yapılmalıdır. Enfektif endokardit (EE) ve aort kapağında vejetasyon bulunan hastalar gibi seçilmiş hasta popülasyonlarında kontrastlı koroner BT anjiyografi, konvansiyonel KAG'den daha güvenli olabilir. Bununla birlikte; kontrastlı koroner BT anjiyografide epikardiyal KAH saptanması durumunda, koroner arter baypas greftleme (KABG) operasyonunun gerekliliğini belirlemek için invazif KAG ile teyit etmek gerekecektir. Bu hastalarda tekrar eden kontrast

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



klirik (örn.anjina veya iskemi varlığı, TAVİ'den önce ikili antiplatelet tedavi almaya uygunluk) ve anatomik faktör (örn. lezyonun yeri, kompleksliği, tekniğin uygulanabilirliği) tarafından yönlendirilir ve bireyselleştirilmelidir. Randomize olmayan çalışmalardan gelen bilgilere dayanarak şunu biliyoruz ki ana koroner darlığı olan hastalar dahil olmak üzere, TAVİ öncesi PKG güvenli ve uygulanabilir^{7,8}. Ayrıca, TAVİ öncesi yapılan PKG, teknik olarak daha zorlayıcı olabilecek TAVİ sonrası PKG gereksinimini de ortadan kaldırmış olur. TAVİ öncesi PKG'in zamanlaması tartışmalı bir konu olmakla birlikte, TAVİ öncesi aşamalı PKG, klinik uygulamada yaygın bir stratejidir ve TAVİ sırasında eş zamanlı PKG'e kıyasla daha düşük kontrast hacmi ve böbrek yetmezliği ile ilişkilidir.

KAYNAKLAR

1. Windecker, S., Kolh, P., Alfonso, F., et al (2014). 2014 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization: the Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *European Heart Journal*, 2014 Oct 1;35(37):2541-619.
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. 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.
4. Byrne JG, Leacche M, Vaughan DE, et al. Hybrid cardiovascular procedures. *JACC Cardiovasc Interv* 2008;1(5):459-468.
5. Iung B, Drissi MF, Michel PL, et al. Prognosis of valve replacement for aortic stenosis with or without coexisting coronary heart disease: a comparative study. *J Heart Valve Dis* 1993;2(4):430-439.
6. Stefanini GG, Stortecky S, Cao D et al. Coronary artery disease severity and aortic stenosis: clinical outcomes according to SYNTAX-score in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation. *Eur Heart J* 2014. Published online 28 March 2014; doi:1093/eurheartj/ehu074.
7. Bajaj A, Pancholy S, Sethi A, et al. Safety and feasibility of PCI in patients undergoing TAVR: a systematic review and meta-analysis. *Heart Lung*. 2017;46:92-9.
8. Chakravarty T, Sharma R, Abramowitz Y, et al. Outcomes in patients with transcatheter aortic valve replacement and left main stenting: the TAVRLM registry. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67:951-60.