



BÖLÜM 46

Mitral Darlığın Medikal Tedavisi

Ufuk GÜRKAN¹

GİRİŞ

Mitral darlığı (MD) tedavisi; hastalığın ilerlememesi açısından romatizmal ateş tekrarlarını engellemek, gelişebilecek kalp yetersizliği semptomlarını azaltmak, ritim bozukluklarını (en sık atriyal fibrilasyon) önlemek veya kontrol altına almak, atriyal fibrilasyon (AF) sonucunda oluşabilecek tromboembolik olayların önüne geçmek ve gerekli durumlarda endokardit profilaksisini düzenlemek şeklinde özetlenebilir. Hastanın cerrahi veya perkütan girişim zamanlamasını belirlemek de tedavinin esaslarındandır.

Bilindiği üzere MD'nin en sık primer sebebi A grubu beta hemolitik Streptokok enfeksiyonuna sekonder gelişen akut romatizmal ateş (ARA) olduğundan, hastalığın ilerlememesi için ARA ataklarının önlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastada gelişen atak sayısı, enfeksiyon riskinin büyüklüğü, kardiyak tutulumun şiddeti ve hasta yaşı gibi faktörler göz önüne alınarak sekonder profilaksi planlanmalıdır¹. Profilaksi için ilk tercih antibiyotik Penisilin (4 haftada bir kez Benzatin penisilin 1.2 milyon ünite intramüsküler veya Penisilin V 200 mg günde 2 kez oral) grubu ilaçlar

olmakla beraber makrolid veya sülfadiyazın da kullanılabilir. ARA profilaksisi 40 yaşına kadar veya son ataktan itibaren 10 yıl boyunca düşünülmelidir¹.

MİTRAL DARLIĞINA BAĞLI KALP YETERSİZLİĞİ SEMPTOMLARINDA MEDİKAL TEDAVİ

Medikal tedavide amaç; nefes darlığı semptomlarını azaltarak hastanın efor kapasitesinde artış sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Gerek cerrahi gerekse perkütan girişimler öncesi de hastanın semptom ve hemodinamik durumunu düzeltmek adına medikal tedaviden yararlanılır. Tedavide ilk tercih edilen ajan diüretiklerdir. Genelde kıvrım diüretikleri (furosemid, bumetanid) olmakla beraber distal renal tübüllere etkili tiyazid grubu diüretikler (klortalidon, hidroklortiyazid) ve kortikal toplayıcı tübüller üzerine etkili aldosteron antagonisti spironolakton ve triamteril, amilorid gibi diüretikler de kullanılabilir. Tedavi süresince hastadaki sodyum ve sıvı yükü azaltılmaya çalışılırken; tedavinin etkinliği için hastanın kilo vermesi ve diyetindeki tuz oranının kısıtlanması da büyük önem arz etmektedir.

¹ Doç. Dr. Ufuk GÜRKAN, S.B. S.B.Ü. Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, drufukgurkan@gmail.com



kılavuzlar da göz önüne alınacak olursa labil INR değerleri mevcut olan MD hastalarından girişim gerektirmeyecek derecede ciddi darlığı olmayanlara, etiyolojileri romatizmal olsun ya da olmasın non valvüler AF olarak değerlendirilerek VKA yerine DOAK tercihi yapılabilir^{10,11,13}.

MİTRAL DARLIĞINDA TAKİP TESTLERİ

Tüm MD'li hastalarda AF varlığı açısından sorgulama, EKG ile kontrol gerekli olup hafif ve orta MD'li olup asemptomatik hastalar için 3-5 yıl aralığında TTE takipleri; orta MD'de de 1-2 yıl aralıkla TTE ve ciddi MD olan hastalarda yıllık TTE ile takipler önerilmektedir^{10,11}.

Ciddi MD olan hastalarda ağır egzersiz gerektiren faaliyetler kısıtlanmalıdır^{10,11}.

ÖZEL HASTA POPÜLASYONLARINDA YAKLAŞIM

Gerek cerrahi gerekse perkütan yolla komissürotomi uygulandıktan sonra tekrar MD gelişen hastalarda çoğunlukla cerrahi olarak mitral kapak replasmanı uygulanmaktadır. Ancak nadir durumlarda bu hastalarda darlığın sebebi komissüral füzyon ise perkütan komissürotomi yöntemi ile yeniden girişim uygulanabilir¹⁴.

Yaşlılıkla beraber mitral anulusun dejeneratif kalsifikasyonu sonucu komissürlerde başlayan dejenerasyon lifletleri de etkiler ve lifletlerin hareketlerini kısıtlar. Romatizmal MD'den farklı olarak komissürlerde yapışıklık yoktur. Ciddi MD'ye yol açabilen bu durum perkütan girişime çoğu kez uygun değildir. Ayrıca ileri yaş nedeniyle ilave komorbiditelere ek olarak ağır anüler kalsifikasyon protez kapağın cerrahi olarak implantasyonunu zorlaştırdığından dolayı bu hastalarda ileri derece semptomatik olmadığı sürece cerrahi girişim de ertelenmelidir¹⁵. Bu durumdaki MD'li hastalardan anatomik açıdan uygun olanlara son yıllarda perkütan yolla protez kapak implantasyonu uygulanabilmektedir¹⁶.

Ciddi MD'nin ciddi aort darlığı ile beraber olduğu durumlarda cerrahi seçenek ön planda olsa da genellikle kombine kapak hastalıklarında kalp takımı rehberliğinde bireyselleştirilmiş tedavi planlanması yapılmalıdır. Ciddi MD ve orta derecede aort darlığının eşlik ettiği durumlarda anatomik açıdan uygun ise cerrahi erteleme adına perkütan mitral komissürotomi öncelikli olarak düşünülmelidir¹⁰.

Ciddi MD'ye ciddi triküspit kapak yetersizliğinin eşlik ettiği durumlarda çoğunlukla cerrahi seçenek ön planda düşünülse de hastanın sinüs ritminde olması sağ atriyal genişlemenin ciddi olmadığı ve kapak yetersizliğinin pulmoner hipertansiyona sekonder gelişen fonksiyonel bir yetersizlik olduğu kanaatine varıldığı durumlarda perkütan mitral komissürotomi tercih edilir¹⁷.

KAYNAKLAR

1. Glenn A-M, Oliver R, Roberts GJ, et al. Antibiotics for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. Cochrane Database Syst Rev. 2013;CD003813.
2. Santangeli P, Marzo F, Camporeale A, et al. What do tachycardiomyopathy belong to? Eur Heart J. 2008; 29: 1073–1074.
3. Stoll BC, Ashcom TL, Johns JP, et al. Effects of atenolol on rest and exercise hemodynamics in patients with mitral stenosis. Am J Cardiol. 1995; 1;75(7):482-484.
4. Monmeneu Menadas JV, Marín Ortuño F, Reyes Gomis F, et al. Beta-blockade and exercise capacity in patients with mitral stenosis in sinus rhythm. E. J Heart Valve Dis. 2002; 11(2):199-203.
5. Saggi DK, Narain VS, Dwivedi SK, et al. Effect of Ivabradine on Heart Rate and Duration of Exercise in Patients With Mild-to-Moderate Mitral Stenosis: A Randomized Comparison With Metoprolol. J Cardiovasc Pharmacol. 2015; 65(6): 552-554.
6. Ghadimi N, Kaveh S, Shabaninejad H, et al. Comparative efficacy of ivabradine versus beta-blockers in patients with mitral stenosis in sinus rhythm: systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pharm. 2019; 41(1):22-29.
7. Karthikeyan G, Ananthakrishnan R, Devasenapathy N, et al. Transient, subclinical atrial fibrillation and risk of systemic embolism in patients with rheumatic mitral stenosis in sinus rhythm. Am J Cardiol. 2014;114(6):869-874.
8. Karthikeyan G. The value of rhythm control in mitral stenosis. Heart. 2006;92(8):1013-6.
9. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991; 22(8):983-8.



10. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2017; 38(36):2739-2791.
11. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021; 143(5):e35-e71.
12. Kim JY, Kim SH, Myong JP, et al. Outcomes of Direct Oral Anticoagulants in Patients With Mitral Stenosis. *J Am Coll Cardiol*. 2019; 73(10):1123-1131.
13. Di Biase L. Use of Direct Oral Anticoagulants in Patients With Atrial Fibrillation and Valvular Heart Lesions. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(2):e002776. doi: 10.1161/JAHA.115.002776.
14. Bouleti C, Iung B, Himbert D, et al. Reinterventions after percutaneous mitral commissurotomy during long-term follow-up, up to 20 years: the role of repeat percutaneous mitral commissurotomy. *Eur Heart J*. 2013; 34: 1923–1930
15. Ye J, Cheung A, Yamashita M, et al. Transcatheter aortic and mitral valve-in-valve implantation for failed surgical bioprosthetic valves: an 8-year single-center experience. *J Am Coll Cardiol Interv*. 2015; 8:1735-44.
16. Guerrero M, Dvir D, Himbert D, et al. Transcatheter mitral valve replacement in Degenerative mitral valve disease with severe mitral annular calcification: results from the first multicenter global registry. *JACC Cardiovasc Interv*. 2016; 9:1361–1371.
17. Song H, Kang DH, Kim JH, et al. Percutaneous mitral valvuloplasty versus surgical treatment in mitral stenosis with severe tricuspid regurgitation. *Circulation* 2007;116:246-250