



BÖLÜM 47

Mitral Darlığında Girişim Endikasyonları

Tolga ONUK¹

GİRİŞ

Romatizmal mitral darlığı (MD) insidansı gelişmiş ülkelerde azalmasına rağmen, halen dünya genelinde kapak hastalıklarının önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Hastalığın yüksek prevalans gösterdiği bölgelerde daha çok genç hastalar etkilenmektedir. Bu hastalarda kapak yapısında kalsifikasyonun olmadığı komissüral füzyona bağlı hareketsiz kapak lifletleri olduğu bilinmektedir. Hastalığın düşük prevalans gösterdiği bölgelerde ise daha çok yaşlılar (50-70 yaş) etkilenmektedir. Bu hasta grubunda kalsifik fibrotik kapak, komissüral füzyon ve subvalvüler tutulum tespit edilmektedir.

Romatizmal MD semptom ve bulguları olan hastalarda tanı, hemodinamik önem, ek kapak hastalıkları ve mitral komissürotomi uygunluğu açısından kapak morfolojisinin değerlendirilmesinde transtorasik ekokardiyografi (TTE) önerilir¹.

Perkütan mitral komissürotomi planlanan hastalarda ise sol atriyumda (LA) trombüs varlığı ve mitral yetersizliğin derecesini değerlendirmek için transözofageal ekokardiyografi (TEE) önerilmektedir¹.

Hastaların bazılarında TTE yetersiz kalabilmekte, bulgularla hastanın klinik özellikleri arasında uyumsuzluk olabilmektedir. Yaşlı hastalarda, diyastolik disfonksiyon, LA kompliyans bozuklukları ya da intrinsik pulmoner vasküler hastalık gibi benzer şikayetleri yapabilen diğer faktörlerin dışlanması gerekebilmektedir. Bu hastalarda kardiyak kateterizasyon; romatizmal MD'nin hemodinamik özelliklerini belirlemek, semptomların etiyolojisini anlamak için yararlı olacaktır. Buna ek olarak hem istirahatte hem eforla sol ventrikül, sol atriyum ve pulmoner dolaşımın mutlak basınçlarının ölçülmesine olanak sağlayacaktır.

Romatizmal mitral darlığında girişim:

Romatizmal MD olan hastaların optimal tedavisi perkütan mitral balon valvüloplasti (PMBV) ya da cerrahidir (açık veya kapalı komissürotomi).

Her iki prosedür de yüksek tecrübe gerektirir ve mutlaka özelleşmiş merkezlerde yapılmalıdır. Şekil 1'de MD girişim endikasyonları özetlenmiştir.

¹ Doç. Dr. Tolga ONUK, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü. tolgaonuk77@gmail.com



KAYNAKLAR

1. Otto M, Nishimura A, Bonow R et al. 2020 ACC/AHA Guidelines 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 Feb 2;143(5): 35-71.
2. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal* (2021) 00, 1-72.
3. Ellis LB, Singh JB, Morales DD, et al. Fifteen-to twenty-year study of one thousand patients undergoing closed mitral valvuloplasty. *Circulation*. 1973;48:357-364.
4. Cotrufo M, Renzulli A, Ismeno G, et al. Percutaneous mitral commissurotomy versus open mitral commissurotomy: a comparative study. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1999;15:646-651.
5. Baumgartner H, Hung J, Bermejo J, et al. Echocardiographic assessment of valve stenosis: EAE/ASE recommendations for clinical practice. *Eur J Echocardiogr*. 2009;10:1-25.
6. Nunes MCP, Tan TC, Elmariah S, et al. The echo score revisited: impact of incorporating commissural morphology and leaflet displacement to the prediction of outcome for patients undergoing percutaneous mitral valvuloplasty. *Circulation*. 2014;129:886-895.
7. Reyes VP, Raju BS, Wynne J, et al. Percutaneous balloon valvuloplasty compared with open surgical commissurotomy for mitral stenosis. *N Engl J Med*. 1994;331:961
8. Song J-K, Kim M-J, Yun S-C, et al. Long-term outcomes of percutaneous mitral balloon valvuloplasty versus open cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;139:103-110.
9. Yang B, DeBenedictis C, Watt T, et al. The impact of concomitant pulmonary hypertension on early and late outcomes following surgery for mitral stenosis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2016;152:394-400.
10. Mahfouz RA. Impact of pulmonary artery stiffness on right ventricular function and tricuspid regurgitation after successful percutaneous balloon mitral valvuloplasty: the importance of early intervention. *Echocardiography*. 2012;29:1157-1163.
11. Iung B, Leenhardt A, Extramiana F. Management of atrial fibrillation in patients with rheumatic mitral stenosis. *Heart*. 2018;104:1062-1068.
12. Cheitlin MD. Stress echocardiography in mitral stenosis: when is it useful? *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:402-404.
13. Aviles RJ, Nishimura RA, Pellikka PA, et al. Utility of stress Doppler echocardiography in patients undergoing percutaneous mitral balloon valvotomy. *J Am Soc Echocardiogr*. 2001;14:676-681.
14. Bouleti C, Iung B, Himbert D, et al. Relationship between valve calcification and long-term results of percutaneous mitral commissurotomy for rheumatic mitral stenosis. *Circ Cardiovasc Interv*. 2014;7:381-389.
15. Rifaie O, Abdel-Dayem MK, Ramzy A, et al. Percutaneous mitral valvotomy versus closed surgical commissurotomy. Up to 15 years of follow-up of a prospective randomized study. *J Cardiol*. 2009;53:28-34.