



BÖLÜM 76

Triküspit Darlığında Girişim Endikasyonları ve Medikal Tedavi

Erdoğan ARIKAN¹

GİRİŞ

Triküspit darlığı (TD), *sıklıkla* Romatizmal Ateş sekeli olup diğer kapak lezyonlarına eşlik eder. Kliniği belirleyen genellikle diğer kapak hastalığı ve buna eşlik eden TD'dir. Bu nedenle, *tek başına* Triküspit kapağa *yönelik* cerrahi müdahale oldukça nadir olup; genellikle eşlik eden mitral ve/veya aort kapak girişimleri ile birlikte.

Triküspit darlığın medikal tedavisinde, su ve tuz kısıtlaması yanında diuretikler, aldosteron antagonistleri venöz konjesyon semptomlarını gidermede ve karaciğer fonksiyonlarını düzeltmede etkilidir ancak diüretik dozunun aşırılığı kalp debisini düşürebileceğinden dikkatli olunmalıdır. Aritmilerin tedavisi, özellikle taşiaritmi varlığında *ventrikül hızının kontrolü*, semptomların kontrolünde önemli rol oynar.

Mitral ve aort kapağa cerrahi girişim yapılacak hastalarda triküspit kapağın titizlikle ve doğru değerlendirilmesi önemlidir. *Öncelikle* Triküspit kapak darlığına müdahale düşünülen hastalarda da diğer kapak lezyonlarının *varlığı, ciddiyeti ve işlem başarısına etkisinin detaylı olarak derecelendirilmesi zorunludur*.

Mitral kapak cerrahisi yapılan hastalarda, triküspit kapak patolojisinin tedavisiz bırakılması veya mevcut TD'nin komissürotomi ile düzeltilip oluşan ciddi Triküspit yetersizliğinin (TY) onarılması ise yakın bir gelecekte yeni bir invazif girişim veya ameliyat ihtiyacını gündeme getirebilir.

Mitral darlığına, triküspit darlığının eşlik ettiği vakalarda; sadece triküspit kapağa girişim uygulanması, *sağ ventrikül ön yükünü ve pulmoner konjesyonu artırarak klinik tabloyu olumsuz etkileyecektir*.

Günümüz modern EKO görüntüleme kalitesi ve ölçüm teknikleri ile invazif ölçüme gerek kalmadan, kapak üzerindeki ortalama basınç gradiyentinin 5 mmHg'yi geçmesi, kapak alanının 2 cm²'nin altına inmesi, kısıtlayıcı semptom ve bulguların (hepatik konjesyon ve periferik ödem) tıbbi tedavi ile kontrol altında tutulmaması kapağa müdahale endikasyonunu oluşturur (Sınıf 1-C endikasyon).¹

Balon valvüloplasti izole TD varlığında-eşlik eden anlamlı TY yoksa- makul ilk seçenektir. Mitral darlığı varlığında, mitral kapağa da valvüloplasti yapılması mümkün ve uygun ise triküspit

¹ Uzm. Dr. Erdoğan ARIKAN, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü arikanmd@hotmail.com



valvüloplasti denenebilir. Uzun dönem sonuçları tartışmalıdır. Dahası semptomatik ve hemodinamik açıdan fayda sağlamakla beraber triküspit regürjitasyonu ile sonuçlanabilir ve kapak replasmanı gerekebilir. Balon valvüloplasti restenotik triküspit biyoprotezlerinde de kısa ve orta dönemde fayda sağlayabilir, komorbid hastalıkları olan bireylerde *palyatif* olarak da uygulanmaktadır.²

Cerrahi kapak tamiri veya replasmanı arasındaki tercih anatomik uygunluk, yaprakçıkların esnekliği ve cerrahi deneyime göre belirlenir. *Replasman yapılacaksa, biyolojik kapaklar mekanik kapaklara, tromboz riskinin daha az ve triküspit pozisyonundaki basıncın düşük olması nedeni ile daha uzun süre dayandıkları için tercih edilir.* Ancak yine de hangi tip kapak takılırsa takılsın, varfarin tedavisi tromboz riskini azaltmak için faydalı olabilir.

Melody veya Edwards Sapien kapaklarla Transkateter ‘valve-in-valve’ implantasyon, ciddi TD, TY, TD+TY veya disfonksiyone biyoprotez kapaklar için kullanılabilir.³

Triküspit darlığına eşlik eden bakteriyel endokardit, hem Doğal kapakta hem replasman sonrası görülebilir. Bu durumda kültürde saptanan mikroorganizmaların duyarlı olduğu antibiyotiklerle ile yapılır.

KAYNAKLAR

1. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease
2. Rana G, Malhotra R, Kakouros N. Percutaneous Valvuloplasty for Bioprosthetic Tricuspid Valve Stenosis. *Tex Heart Inst J.* 2017 Feb; 44(1): 43–49
3. Godart F, Baruteau AE, Petit J, ve ark. Transcatheter tricuspid valve implantation. A multicentre French Study. *Arch Cardiovasc Dis.* 2014 Nov. 107(11):583-91