

# MİTRAL VALV PROLAPSUSU VE GEBELİK

A. Tarık ALTINOK (1) Sadullah BULUT (2) Suzan ÜNAL (3) Orhon ERGİN (3) Adil YÜKSEL (3)

Kardiak görüntüleme yöntemlerindeki ilerlemeler sonucunda Mitral Valv Prolapsusu (MVP) oldukça sık rastlanan bir bulgu olarak ortaya çıkmıştır. Genel populasyonun % 2,5-5'inde saptanmıştır. 1970'lerde MVP 10 yılın kardiak hastalığı olarak tanımlanmıştır. Son çalışmalar MVP'nin selim kliniği nedeni ile bir MVP sendromu varlığı sorusunu ortaya çıkarmıştır. Sunduğumuz olgu da semptomsuz olup ilk prenatal muayenede duyulan bulgular nedeni ile yapılan tetkiklerde saptanmış, gebelik, doğum ve lohusalık dönemi tamamen olaysız seyretmiştir.

**As a consequence of advances in cardiac imaging, mitral valve prolapsus (MVP) has become a commonly recognized finding, occurring in 2.5 % to 5 % of the general population.**

**In the 1970's MVP was described as the "cardiac disease of the decade". Recent studies however, have underscored the benign clinical course of MVP, raising questions about the existence of a "mitral valve prolaps syndrome". Our case of MVP was also symptomless and diagnosed on the first prenatal examination. The course of pregnancy, delivery and puerperium was uneventful.**

## GİRİŞ

Mitral valv prolapsusu sendromu (MVP), populasyonun % 5-10'unda görülmektedir (17,2). Ekokardiografi uygulanan sağlıklı genç kadınlarda % 6 oranında görülmektedir. MVP sendromu mitral kapakçıklarının farklı patojenik mekanizmalar sonucu oluşan bir klinik sendromudur. "Sistolik klik murmur sendromu", "Barlow sendromu", "Balonlaşan mitral küsp sendromu" gibi değişik isimlerle anılmaktadır (5, 8). Olguların büyük çoğunluğu asemptomatiktir. En çok çarpıntı, angina pektorisle karışan göğüste rahatsızlık hissi, eğer regürjitasyon fazla ise azalmış kardiyak rezerve bağlı bulgular çıkabilir. Ailede ani ölümler bulunabilir.

Doğurganlık çağında oldukça sık görülen ve çok değişik

ken klinik seyir gösteren bu sendromun ülkemizde de ileri tekniklerle giderek sık tanı konması nedeniyle tartışmak istedik.

## OLGU

P.D. 25 yaşında, fizyoterapist. Öz Geçmiş: 1 yıl önce dış gebelik nedeni ile sol linear salpingotomi geçirmiş. Soy Geçmiş: Baba'da hipertansiyon.

Hasta gebeliğinin 7'nci haftasında ilk antenatal muayeneye geldiğinde sistemik muayene sırasında aritmi, sistolik klik ve 2/6 sistolik murmur saptandı. TA. 125/70 mmhg. Yapılan EKG'de ST depresyonu dışında bir özellik saptanmadı.

Yapılan ekokardiografide: (Hacettepe Tıp Fakültesi)

### 1. Sol Ventrikül

#### A. Çaplar:

IVS: 1.0  
Arka duvar: 1.0  
LVEDD: 4.1  
LVESD:

#### B. Fonksiyon

FS.: % 34  
Vcf:  
Mitral E-IVS mesafesi:  
EDV: 65  
ESV: 20  
SV: 49  
EF: % 71

### Normal

cm. (08-1.1)  
cm. (08.1.1)  
cm/cm<sup>2</sup> (1.9)  
(% 30-40)  
circ/sn (1.0-1.5)  
cm (0.9)  
ml/m<sup>2</sup>  
ml/m<sup>2</sup>  
ml/m<sup>2</sup>  
(% 55-70)

### C. Segmental:

Duvar hareket indeksi sistolik kalınlaşma:

#### 2. Sol atrium:

Çapı: 2.2 cm/cm<sup>2</sup> (1.2-2.2)  
LA/Ao oranı: 1 ( 1.3)

#### 3. Kapaklar.

	Anormal	Normal
Triküspit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triküspit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Sağ ventrikül:

Çapı: 2.0 cm/m<sup>2</sup> (0.4-1.4)

#### 5. Aorta:

Çapı: 2.1 cm<sup>2</sup> (3.5) BSA— 1.58 m

(1) Kartal Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Doçent

(2) Kartal Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şef Muavini

(3) Kartal Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Başasistanı / İstanbul

Ölçümler vücut yüzeyine oranlanmıştır. Sol kalp boşlukları normal boyutlardadır. Sol ventrikül fonksiyonu iyi ve myokard kalınlığı normaldir. Sağ kalp boşlukları normal boyutlarda ve sağ ventrikül fonksiyonu normaldir.

Interatrial ve interventriküler septum intakttır. Mitral kapak posterior yaprağı sistolde hafifçe sol atriuma doğru çökmektedir. Diğer kalp kapaklarında anormallik saptanmamıştır. Pulmoner arter, aorta normal boyutlarda ve anatomik pozisyonundadır. Perikard normal görünümündedir.

Sonuç: Mitral valv prolapsusu.

Lab: Açlık kan şekeri % 83, Hb % 68, Htc % 35, Lök. 5600, Kanama 1'30" pıhtılaşma 6'

Tam idrar tetkiki: Özellik yok.

Gebeliğin seyri: Gebe ilk gelişinde tekrar dış gebelik olasılığından korkmaktaydı. Bu nedenle 2 gün aralarla seri BhCG bakıldı. İlk BhCG 3600, diğeri 30000 gelmesi üzerine intra uterin gebelik olduğu kanısına varıldı. Yapılan ultrasonografik tetkik bu kanıyı doğruladı.

Hastanın tüm gebeliği boyunca antianemik preparatlar (2 değerli demir bileşikler) verildi. Gebelik boyunca yakınması olmayan hastanın 39'uncu haftada spontan ağrıları başladı. Travay süreci olağan geçen hasta normal spontan doğumla canlı bir erkek 50 cm/3250 gr. doğurdu. Postpartum bir özellik saptanmayan hasta 3'üncü gün şifa ile eve gönderildi.

## TARTIŞMA

MVP sendromunun klinik görünümü çok farklılık gösterir. Tüm yaşlarda gözlenmiştir. Primer ve sekonder olarak sınıflandırılmıştır (3, 14).

Primer MVP sendromu: Mitral valv kapakçıklarının sol atriuma anormal sistolik yer değiştirmesiyle ortaya çıkan, ancak birlikte konnektif dokunun sistemik bir hastalığı veya sol ventrikül boşluğu belirgin olarak küçültecek bir kardiyolojik hastalığın kesinlikle olmadığı durumdur.

Sekonder MVP sendromu: 1) Birlikte mitral kapakçıkları, korda tendineaları ve anulus'u etkileyen, prolapsus'dan sorumlu olan konnektif dokunun sistemik hastalıklarının (Marfan sendromu, Ehlers-Danles sendromu, pseudoxanthoma elasticum, osteogenesis imperfecta, Hurler's sendromu) olduğu durumlar. 2) Kalıtsal olarak normal olan kapakçıkların sol atriuma anormal sistolik yer değiştirmesine neden olan ve sol ventrikül kavitesinin küçülmesiyle birlikte olan (ostium secundum atrial septal defect, anoreksia nervosa, Epstein's anomali) durumlarıdır.

Olguların büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Çarpıntı, göğüs ağrıları bazı olgularda görülebilir. Bu göğüs ağrıları tipik angina pectoris olabileceği gibi farklı yapıda daha uzun, apeksde batan tipte ve sık ataklarla giden şekilde de olabilir (14, 3).

Çarpıntılara neden aritmilerdir. MVP sendromunda sık olan semptomlarının otonomik sinir sistemi disfonksiyonu ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (22, 20) (11, 9). MVP'li androjenik tonusun artmasına sekonder olgularda, epinefrine ve norepinefrine artmıştır, ki bu da sendromun semptomlarının birçoğundan sorumlu olabilir (5, 8).

Fiziksel incelemede, S<sub>1</sub>'den 0.14 saniye sonra olan sistolik klik önemlidir. Nadiren Multiple mid ve geç sistolik klik'ler duyulabilir. Bu klik'i çoğunlukla A 2'yi takip eden orta ve geç kleşende sistolik bir murmur izler.

Asemptomatik olgularda elektrokardiogram normal limitlerdedir. Semptomatik olguların birçoğunda, asemptomatiklerde ise nadiren EKG'de ters veya bifazik T dalgaları, faz II, III ve aV<sub>1</sub>'de nadiren de antreolateral'de nonspesifik ST segment değişiklikleri gözlenir. Atrial, ventriküler prematür kontraksiyonlar, supraventriküler ve ventriküler taşiaritmiler (21) olabileceği gibi sinus nod disfonksiyonu veya çeşitli derecede AV blok'a bağlı bradiaritmiler de MVP sendromunda gözlenebilir (10).

Paroksizmal supraventriküler taşikardi ise en sık görülen taşiaritmidir (12). MVP sendromu ile ani ölüm ilişkisi açık değildir. Ani ve beklenmeyen ölümün nedeni bir taşiaritmi olabileceği gibi, uzamış asistoli ile olan komplet bir blok da olabilir (24, 413).

Ekokardiografi MVP tanısında anahtar bir rol oynar. M mode ekokardiografide en sık saptanan bulgu, mid-sistolde posterior kapakçığın veya her iki mitral kapakçığın ani posterior hareketidir, bu da M-mode ekogramda soru işaretinin 90 derece saat yönünde dönmüş şekline benzer bir konfigurasyonla görünür (16). İkinci bir bulgu da bir veya her iki kapakçıkda pansistolik posterior prolapse'dir ki bu da C-D segmentinde "Ü" ve hamak şeklinde bir konfigurasyon oluşturur. Nadiren ise anterior mitral kapakçığın erken sistolde prolabe posterior kapakçığa yaklaşırken oluşan ani posterior kollaps görülebilir (10). Bu üç ekokardiografik paternde ortak olan, mitral valv'ın arkaya C noktasına hareketidir.

M mode ekokardiografi bazı olgularda MVP'yi yakalayamamaktadır (11). Ancak iki boyutlu ekokardiografi özellikle apikal 4 chamber görüntülü olanı, bu sendromu tanımlamak için en iyi teknik olarak önerilmiştir.

MVP'de oluşan atipik göğüs ağrıları ve EKG anormallikleri ile primer koroner arter hastalıklarının ayırıcı tanısında stress-sintigrafi yararlı olmaktadır. Ayrıca angiografide sistol sırasında sol ventrikülogram'ın konfigurasyonu tanıda yararlı olabilir (19, 20).

Prognoz: Çocuklarda MVP prognozu çok iyidir, büyük çoğunluk uzun yıllar asemptomatik kalır. Klinik ve lab. olarak da değişiklik göstermezler. Progressif mitral regurjitasyon ise 10-15 yıllık period içerisinde olguların % 15'inde görülür, bu komplikasyon murmur ve klikleri olanlarda sadece isole klik olanlara göre belirgin olarak fazladır. Mitral regurjitasyon ciddi ise valve replasmanı gerekebilir.

MVP sendromlu olgular, enfektif endocarditis yönünden büyük risk altındadırlar (15, 5).

Akut hemipleji, geçici iskemik ataklar, cerebellar infarktlar, amaroşis fugar ve retinal arterioller okluzyonlarının fazla olmasının bu olgularda cerebral embolilerin sık olabildiğini düşündürmektedir (1, 6). Bu nörolojik komplikasyonlar azalmış trombosit yaşamı ve platelet koagülasyon hiperaktivitesi ile birlikte. Myokard infarktüsleri de bu embolizasyona sekonderdir.

## TEDAVİ

Rutine uzatılmış EKG izleniminde ve oskültasyonda aritmileri olmayan normal ST segmentleri olan, ciddi mitral regürjitasyon olmayan asemptomatik olguların çok iyi prognozu olup sadece 2-3 yılda bir izlenmeleri yeterlidir. Uzun sistolik murmur olan olgular 12 ayda bir izlenmeli, infektif endokarditisin bilinciyle, tipik sistolik murmur ve karakteristik ekokardiografi bulguları olan olgularda endokarditis profilaksisi önerilmektedir.

Çarpıntı, baş dönmesi, fenalık hissi ve senkop olanlar ile aritmi saptanan olguların ambulatuvar elektrokardiografik monitörizasyonu gereklidir.

Propranalol ventriküler aritmilerde önerilmektedir. Q-T aralığının uzamasında ise hem propranalol hem pheny-

tin yararlıdır. Göğüs ağrılarında Beta- adrenerjik blokaj yararlı olmaktadır (22).

Kardiak rezervi azalmış olgular ciddi mitral regurjitasyon gibi tedavi edilmelidir. Serebral hadiseleri olan olgularda ise antikoagulan tedavi uygulanmaktadır.

Şu özellikle vurgulanmalıdır ki, MVP sendromu genelde benign bir durum olup, olguların büyük bir çoğunluğu bütün yaşamlarında asemptomatik kalmakta, en fazla birkaç yılda bir izlenmekle yetinilmektedir.

Gebelerde MVP diğer kalp hastalıkları gibi izlenmelidir. Belirti veren vakalarda, yukarıda belirtilen tedaviler gebelik gözönüne alınarak uygulanır. Büyük çoğunluğu semptomsuz olan vakalarda herhangi bir tedaviye gerek yoktur.

## KAYNAKLAR

- 1- Barnett. H.J.M, Boughner. D.R.Taylor. D.W.Cooper, P.E.Kostuk. W.J. and Nichol P.M: Further evidence relating mitral valve prolapse to cerebral ischemic events. *N Engl J.Med* 302: 139, 1980.
- 2- Bisset. G.S. III. Schwartz. D.C.Meyer. R.A.James. F.W. and Kaplan, S: Clinical spectrum and long-term followup of isolated mitral valve prolapse in 119 children *Circulation* 62: 423, 1980.
- 9- J.T. and Blomqvist, C.G.Autonomie dysfunction in women with mitral valve prolapse syndrome. *Circulation* 59: 894, 1979.
- 10- Gelfand, M.L. and Kloth. H: Bradyarrhythmia in mitral valve prolapse treated with a pacemaker. *Bull.N.Y.Acad Med* 54: 889. 1978.
- 11- Goghlan, H.C.Phares. P, Cowley. M.Copley. D. and James T.N.Dysautonomie in mitral valve prolapse. *Am.J.Med.* 67.: 236, 1979.
- 12- Josephson. M.E.Horowitz. L.N. and Kastor. J.A.: Proximal supraventricular tachycardia in patients with mitral valve prolapse *Circulation* 57: III, 1978.
- 13- Leichtman, D.nelson, R.Gobel F.L.Alexander, C.and. Cohn. J.N.: Bradycardia with mitral valve prolapse A.potential mechanism of sudden death *Ann Intern Med.* 85: 453, 1976.
- 14- Markiewicz. W. Stoner. J.London. E.Hunt, S.A and Popp. R.L.: Mitral valve prolapse in one hundred presumably healthy young females *Circulation* 53: 464, 1976.
- 15- Mills. P.Rose. J.Hollingsworth. J.Amara, I. and Caige. E.Long-term prognosis of mitral valve prolapse *N Engl J Med.* 297: 13, 1977.
- 16- Popp. R.L.Brown, O.R.Silverman, J.F. and Harrison D.C.: Echocardiographic abnormalities in the mitral valve prolapse syndrome *Circulation* 49: 428, 1974.
- 17- Procacci, P.M.Savran, S.V.Schreiter, S.L. and Bryson, A.L.: Prevalence of clinical mitral valve prolapse in 1.169 young women *N Engl J Med.* 294: 1086, 1976.
- 18- Puddu, P.E. Pasternac, A.Tubau. J.F.Krol. R.Farley. L. and de Champlain. J: QT Interval prolongation and increased plasma catecholamine levels in patients with mitral valve prolapse *Am Heart J.*105; 422, 1983.
- 19- Ranganthan, N.Silver. M.D.Robinson. T.I. and Wilson. J.K.: Idiopathic prolapse mitral leaflet syndrome. Angiographic-clinical correlations. *Circulation* 54:707, 1976.
- 20- Scampardonis. G.Yang.S.S. Maranhao. V.Goldberg. H. and. Booch. A.S: Left ventricular abnormalities in prolapsed mitral leaflet syndrome. Review of eighty-seven cases. *Circulation* 48: 287, 1971.
- 21- Swartz, M.H.Teichholz. L.E. and. Donoso. E: Mitral valve prolapse A review of associated arrhythmias. *Am J Med.* 62: 377, 1977.
- 22- Winkle.R.A. and Harrison, D.: Propranolol for patients with mitral valve prolapse. *Am Heart J.* 93: 422, 1977.
- 23- Winkle, R.A., Lopes. M.G.Popp. R.L. and. Hancock, E.W.: Life-threatening arrhythmias with mitral valve prolapse syndrome. *Am J Med.* 60: 961, 1976.
- 24- Woodley.D. Chambers. W.Starke. H.Dzindzio. B. and. Forker, A.D.: intermittent complete atrioventricular block masquerading as epilepsy in the mitral valve prolapse syndrome. *Chest* 72: 369, 1977.