

Uzman Yanıtları

2014 yılı itibariyle PFO kapatma endikasyonları nelerdir?

Yantı Önceki yıllara benzer şekilde, 2014 yılı itibariyle de patent foramen ovale (PFO) kapatılması endikasyonu olabilecek klinik koşullar, nedeni bilinmeyen inme, migren, platipne ortedoksi sendromu ve dekompresyon hastalığı olarak özetlenebilir.

Nedeni bilinmeyen inmeli bir hastada rastlantısal olarak da PFO saptanabilir. Bu nedenle, öncelikli olarak inmenin PFO ile net ilişkisini belirlemek önemlidir. Bu açıdan, 2013 yılında geliştirilen RoPE skorlama sistemini kullanmak faydalı olabilir. Yüksek RoPE skoru, artmış “PFO ile ilişkili inme” riskini işaret etmektedir ve PFO’nun rastlantısal olmaktan ziyade patolojik olarak olaya iştirak ettiğini göstermektedir. Birçok çalışmada, bazı PFO tiplerinin inme için yüksek riskli anatomik özellikleri taşıyabilecekleri gösterilmiştir. Bu özellikler, büyük (>4 mm) veya uzun tünel tip PFO, atriyum septumu anevrizması, çikıntılı östaki kapakçığı (>10 mm) ve istirahatte sağdan sola şant varlığı şeklinde özetlenebilir. RoPE skoru, güncellemesi yapılmamış olan kılavuzlarda ne yazık ki yer almamaktadır. Kılavuzlar ve en son yayımlanan üç randomize klinik çalışma, nedeni bilinmeyen inme ve PFO varlığında birinci basamak tedavi olarak tıbbi tedaviyi işaret etse de, RoPE skoru yüksek bir kişide yüksek riskli anatomik özellikler taşıyan bir PFO saptanırsa görüşüme göre,

bu tip bir PFO’nun yalnızca tıbbi tedavi ile izlenmesi yetersiz kalabilir. Böyle bir hastada tıbbi tedavi altında ikinci bir inme gelişmesini veya kılavuzların güncellenmesini beklemek okuyucunun takdirine bırakılmıştır. Nedeni ortaya konmamış immede PFO kapatılması ile ilgili diğer endikasyonlar, a) geleneksel ilaç tedavisine rağmen tekrarlayan inme, b) ilaç tedavisine rağmen PFO ile ilişkili tekrarlayan geçici iskemik atak, periferik veya koroner emboli, c) antikoagülasyon için kontrendikasyon, d) genç yaşta PFO ile birlikte derin ven trombozu veya pıhtılaşmaya eğilimi artıran hastalık varlığı şeklinde özetlenebilir. Son yayınlar, pacemaker veya kalp içi defibrilatör (ICD) yerleştirilmiş PFO’lu hastalarda inme sıklığının bu cihazları bulunmayanlara göre daha fazla olduğunu işaret etmektedir. Özellikle bu tip hastalarda, riskli bir PFO anatomisi de mevcut ise hastanın tercihi de göz önünde bulundurularak PFO kapatılması düşünülebilir.

Migren ve PFO arasında kesin bir ilişki olduğu 2014 yılı itibariyle de net olarak aydınlatılamamıştır. Randomize klinik bir çalışmanın sonuçları beklense de migren tedavisi amacıyla PFO kapatılmasının faydalı olabileceği görüşünü destekleyecek yeterli veri yoktur.

Yaşlılarda daha çok görülen platipne ortedeoksi sendromu ile iliş-

kilendirilen aorta uzaması, pnömonektomi, pulmoner amfizem ve karaciğer sirozu gibi anomaliler ayakta durma ile vena kavanın yer değiştirmesine sebep olabilir. Bu tip anomalilere PFO da eşlik ediyorsa, kan akımı doğrudan vena kavaya yönlenebilir ve bu durumda sağdan sola şant ortaya çıkabilir. 2014 yılı itibariyle de bu konuda herhangi bir öneri olmamasına karşın platipne-ortedeoksi sendromu varlığında PFO kapatılması, görüşüme göre birinci basamak tedavi olarak düşünülebilir.

Mevcut kanıtlar, dekompresyon hastalığı riski taşıyan dalgıçlar, madenciler, kozmonot ve astronotlarda rutin PFO taramasının gerekli olmadığı yolundadır. Ancak, özellikle PFO’su olan profesyonel dalgıçlarda, sanayi dalgıçlarında, derin ve teknik dalış yapan kişilerde dekompresyon hastalığı geliştiğinde semptomların daha belirgin olduğu ve serebral lezyon saptanma riskinin daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Bu tip riskli kişilerde, semptomlar ile birlikte yüksek riskli anatomik özellikler taşıyan bir PFO saptanırsa dalış tipi, dalış sayısı ve kişinin aktivite arzusu da göz önünde bulundurularak PFO kapatılması düşünülebilir.

Dr. Teoman Kılıç
Kocaeli Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim
Dalı, Kocaeli