

Serebrovasküler Olay İle Prezente Olan Romatizmal Mitral Kapak Darlığına Bağlı Sol Atriyumda Dev Trombüs: Olgu Sunumu

Mustafa Tuncer^{*}, Hasan Ekim^{**}, Hasan Ali Gümrükçüoğlu^{*}, Hakkı Şimşek^{*}

Özet:

Altmış bir yaşında bir bayan hasta sol kol ve bacakta hareketsizlik yakınmalarıyla hastanemizin Nöroloji bölümüne kabul edildi. Hastanın fizik muayenesinde nabız aritmik taşikardik (107/dak) tansiyon arteriyel 130/80 mmHg idi. Dinlemekle apekte diastolik üfürüm duyuluyordu. Hastaya emboli kaynağının araştırılması için Transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Transtorasik ekokardiyografide ciddi mitral darlığı (0,9 cm²), mitral kapak üzerinde maksimumu 15 mmHg ortalama 7 mmHg gradient, TEE da sol atriyal apendajı dolduran 2.3x3,8 cm boyutlarında trombüs saptandı. Hastaya mitral kapak cerrahisi önerildi. Operasyon esnasında, önce atriyal trombektomi yapılarak, radyofrekans ablasyon uygulandı. Daha sonra kalsifiye kapak leafletleri rezeke edilerek 29 mm bileaflet mekanik kapakla mitral kapak replasmanı yapıldı. Postoperatif dönem olaysız geçti ve salah ile taburcu edildi. Sonuç olarak üzere nörolojik defisiti ve atriyal fibrilasyonu olan olgularda romatizmal kapak hastalığına bağlı trombüs olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mitral darlığı, trombüs

Romatizmal kalp hastalığı insidansında gelişmiş ülkelerde büyük azalma olmasına rağmen ülkemizde halen önenebilir, önemli morbidite ve mortalite sebeplerinden biridir (1).

Akut romatizmal ateş birçok organı (santral sinir sistemi, deri, eklemler) etkilemesine rağmen, komplikasyonlar ve prognoz açısından en önemli olanı kardiyak tutulumdur. Kardiyak tutulum akut safhada pankardit ile seyredebilmesine rağmen komplikasyonların çoğu uzun dönemde kalp kapakçıklarının tutulumuna bağlı gelişebilmektedir. Bu komplikasyonların başında mitral darlığı, buna bağlı sol atriyumda oluşan trombüsler ve buradan kaynaklanan embolilerin neden olduğu klinik tablolar gelmektedir. Bu sebeple romatizmal mitral darlığı tanısı alan hastaların tedavisinde antikoagulan tedavi önemli bir yer tutmaktadır.

Olgu Sunumu

Altmış bir yaşında bir kadın hastanemize sol kol ve bacakta hareketsizlik şikâyeti ile başvurdu. Acil beyin tomografisinde sağ paryetal gölgede embolik

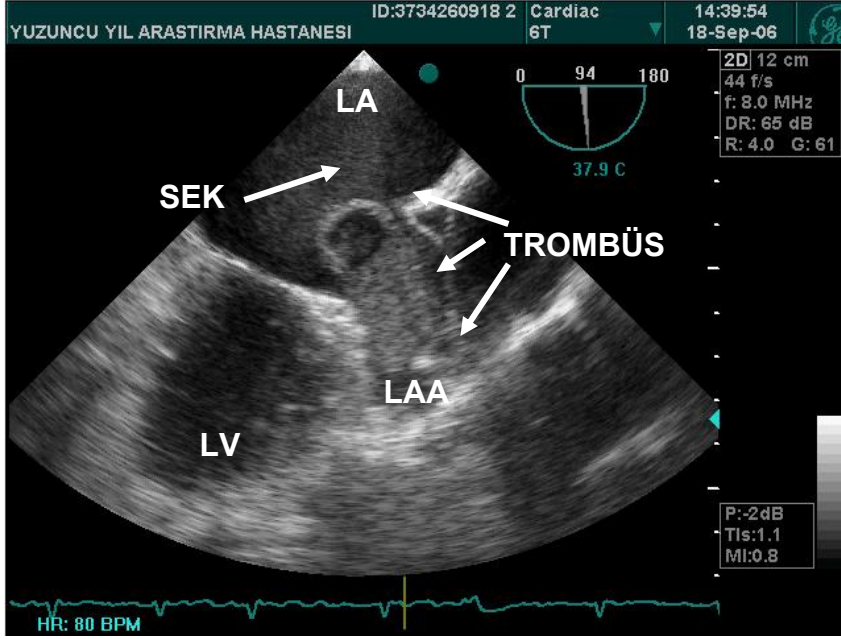
infarkt alanı ile uyumlu görüntü saptandı. Hasta serebral enfarkt ön tanısı ile nöroloji servisine yatırıldı. Kardiyolojik açıdan değerlendirilen hastanın fonksiyonel kapasitesi Newyork Kalp Cemiyetine göre clas III olarak değerlendirildi. Fizik muayenede taşiaritmik (107/dak) tansiyon arteriyel 130/80 mmHg idi. Kardiyak oskültasyonda apekte 1-2/4 diyastolik üfürüm saptandı. Elektrokardiyografisinde hızlı ventrikül cevaplı atriyal fibrilasyon mevcuttu. Serebral enfarkt etyolojisini tanımlayabilmek ve kalp kapak hastalığını dışlamak için hastaya transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Transtorasik ekokardiyografide ciddi mitral darlığı (pressure half time göre mitral kapak alanı 0.9 cm²) mitral kapak üzerinde maksimum 15 mmHg, ortalama 7 mmHg gradient), hafif aort yetersizliği, sol atriyum ve sol ventrikülde yoğun (3+) spontan eko kontrast (SEK) görüldü. Sol atriyum ve sol ventrikül de yoğun SEK olan hastada sol atriyal apendajda trombüsü ekarte edebilmek için transözafagiyal ekokardiyografi (TEE) yapıldı. TEE'de sol atriyal apendajı dolduran 2.3x3,8 cm boyutlarında trombüs (Şekil 1) saptandı.

Hastaya mitral kapak cerrahisi önerildi. Hastaya cerrahi öncesi koroner anjiyografi yapıldı. Koroner arterler anjiyografik olarak normaldi. Hasta fakültemiz Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalında opere edildi. Sol atriyumda dev bir trombüs olduğundan atriyal trombektomi yapıldı. Unipolar radyofrekans ablasyon cihazı ile ablasyon yapılarak

^{*} Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

^{**} Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Yazışma Adresi: Yrd. Doç Dr. Mustafa TUNCER
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Araştırma ve
Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisi, VAN



Resim 1: Altmış bir yaşındaki olguda Sol atriyal apendajdaki trombus ve sol atriyumdaki SEK'in TEE görüntüsü. (LA: Sol Atriyum, LAA: Sol Atriyal Apendaj, SEK: Spontan Eko Kontrast, LV: Sol Ventrikül)



Resim 2: Altmış bir yaşındaki olguda trombus ve ileri derecede daralmış mitral kapak.

onarımına müsait olmayan kapak rezeke edildi. Kapak ileri derecede kalsifik ve fibrotik idi. Kapak açıklığının ileri derecede azalmış olduğu görüldü (Şekil2). Posterior leaflet anulusundaki kalsifikasyonlar da debride edilerek 29mm bileaflet mekanik kapak ile replasman yapıldı. Postoperatif

dönem sorunsuz geçti. Kontrol ekokardiyografisinde kapak açılması ve fonksiyonları iyi idi.

Tartışma

Altmış bir yaşındaki vakamız; romatizmal mitral kapak darlığına bağlı olarak sol atriyumda gelişen

trombüsün neden olduğu serebrovasküler olay ile başvurdu. Hastanın ilk semptomu embolinin yol açtığı sol kol ve bacakta güç kaybıydı.

Romatizmal kalp hastalığı uzun süre semptomlara yol açmadan sessiz kalarak yıllar sonra birçok klinik tablo ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu tablolar en çok kapağın darlık ve yetmezliklerine bağlı gelişen kalp yetmezliği ve embolik olaylardır (2). Olgumuz mitral darlığına bağlı trombüsün neden olduğu serebrovasküler olay ile hastanemize getirilmişti.

Romatizmal kardit kalpte tüm kapakları etkileyebilmesine rağmen akut safhada sıklıkla mitral yetersizliği oluşturur. Romatizmal valvulit sonucu mitral kapağın kommissural, kaspal, kordal yapıları ayrı ayrı veya kombine etkilenir. Kommissürlerde mitral kapakçık kenarlarındaki füzyonlar mitral valvuler orifisi daraltır, ayrıca kapakçıklardaki fibrozis kapakçıkların kalınlaşması, büzülmesi ve sertleşmesine neden olarak açılmasını kısıtlar (3). Hemodinamik obstrüksiyon tipik olarak orifis düzeyinde olur ve esas olarak iki yaprak arasındaki kommissürlerin birleşmesine bağlıdır (4). Romatizmal kapak hastalarının %25 inde saf mitral darlığı, %40'ında mitral darlığı ve mitral yetmezliği birlikte bulunur (3). Mitral darlığı bulunan vakaların %99undan fazlası romatizmal ateşe bağlıdır (5). Romatizmal olmayan mitral darlığı nedenleri ise ciddi mitral anulus ve/veya leaflet kalsifikasyonu, konjenital mitral kapak deformiteleri, malign karsinoid sendrom, neoplazm, sol atriyal trombüs, endokardit vejetasyonları, bazı kalıtsal geçen metabolik hastalıklar olabilir (6).

Mitral darlığında, sol atriyumda obstrüksiyonun neden olduğu kan akımındaki yavaşlama (staz) sonucu trombüs oluşur. Mitral darlığında trombüs tipik olarak sol atriyal apendikte yerleşir. Serbest dolaşan veya obstrüksiyona yol açan büyük trombüsler gözlenebilir. Antikoagülan kullanmayan mitral darlığı tanısı konan hastaların yaklaşık %20sinde sol atriyal trombüs vardır (7). Ayrıca trombüs oluşumunu tetikleyen faktörler arasında atriyal fibrilasyon gelmektedir (8).

Mitral darlığında gelişen sol atriyum dilatasyonu, ayrıca yükselen sol atriyum basıncının pulmoner ven basıncını pasif olarak yükseltmesi sonucu gelişen sağ atriyal basınçta yükselme ve sinoatriyal düğüm ve internodal yollarda oluşan fibrozis gibi faktörler sonucu atriyal fibrilasyon gelişir (9). Atriyal fibrilasyon'da dilate sol atriyum içinde, kan hareketinin azalmış hızı sonucu eritrositlerin rulo formasyonu alması ile koagülasyona eğilimi gösteren sigara dumanı şeklinde ekokardiyografide görüntü oluşturmasına SEK denir (10). Sol atriyal SEK mitral darlığı ve emboli öyküsü olan hastaların %80'inde ve emboli öyküsü olmayanların %48'inde görülür (11). Mitral darlığında da sol atriyumda SEK olması hiperkoagülasyon durumunu yansıtır (12). Mitral

darlığında stazın olması ve atriyal fibrilasyonun gelişmesi trombüs oluşumunda sinerjik etki göstermektedir (8).

Bu komplikasyonların önlenmesi için mitral darlığı tespit edilen olguların belli aralıklarla, özellikle ekokardiyografi ile yakın takip edilmesi, ayrıca atriyal fibrilasyon gelişiminin engellenmesi önemlidir. Yine teşhisin atlanmaması için bizim olgumuzda olduğu gibi serebrovasküler olay geçiren hastaların emboli kaynağı yönünden kardiyak incelemenin özellikle TTE ve TEE ile yapılması önemlidir.

Amerikan Kalp Cemiyeti (AHA) kılavuzunda mitral darlığı olan hastalarda antikoagülasyon kullanımı endikasyonları: paroksizmal atriyal fibrilasyon varlığı, kalıcı (sustained) atriyal fibrilasyon varlığı, sistemik veya pulmoner emboli hikâyesinin olması, ekokardiyografik incelemede sol atriyumda trombüs saptanması, sinüs ritmi olsa bile sol atriyum çapının aşırı büyük olması (>50mm) olarak tanımlanmıştır (13).

Ciddi mitral darlığı saptanan hastalarda veya yapılan takiplerinde yıllar içinde ciddi mitral darlığı gelişen hastalarda cerrahi olarak kapağın tamiri veya mekanik kapak takılması gerekebilir. Pulmoner hipertansiyonlu ve sağ kalp yetmezlikli hastalarda operatif risk biraz artsa da, bu hastalar operasyon sonrası genellikle düzelirler ve pulmoner vasküler basınçları azalır (6).

Mitral darlığında cerrahi endikasyonun olduğu hastalar; medikal tedaviye dirençli semptomlara neden olan ciddi mitral darlığı olguları, New York Kalp Cemiyeti'ne göre sınıf III-IV hastalar, geçirilmiş sistemik emboli öyküsü olanlar, sol atriyumda trombüs tespit edilen fakat antikoagülan tedavi ile trombüsün eritilemediği olgular, mitral kapak alanı 1cm/m² altında olan hastalar ve ekokardiyografide sol atriyum ile ventrikül arasında ortalama 10 mmHg veya üstü gradient tespit edilen hastalardır (3).

Mitral darlığı olan hastalarda kardiyak kökenli embolik komplikasyonlar görülebileceği için bu gibi vakalara antikoagülasyon tedavisi uygundur. Fakat olgumuzda daha önce antikoagüle edilmemiş büyük sol atriyal trombüs mevcuttu. Antikoagülasyon trombüsün kararlılığını bozarak embolik olaylara neden olabileceği için, mitral darlığına bağlı sol atriyal trombüs olgularında erken dönemde cerrahi seçenek dikkate alınmalıdır.

Sonuç

Akut romatizmal ateşe bağlı romatizmal mitral darlığı tanısı alan hastaların belirli aralıklarla ekokardiyografi ile takibinin yapılması ve herhangi bir kontraendikasyon yoksa tedavide antikoagülanlar kullanılması önemli bir yer tutmaktadır.

Giant Left Atrial Thrombus Formation Due To Rheumatismal Mitral Stenosis: A Case Report

Abstract:

A 61-year-old woman was admitted to the department of neurology in our hospital. She had a stroke (left hemiparesis) without any sequela. The blood pressure was 130/80 mmHg with irregular pulse rate of 107/min. A diastolic rumbling was audible over the apex. She had Transtorasic Echocardiography for search source of emboli. TTE revealed mitral valve stenosis (0,9 cm²) with a peak gradient of 15 mmHg and a mean gradient of 7 mmHg across the valve. TEE disclosed the presence a giant thrombus in the left atrial appendage. Mitral valve surgery was suggested to the patient. At operation, atrial thrombectomy and radiofrequency ablation commenced prior to valvular procedure. Then the calcified valve leaflets were excised and replaced with 29 mm bileaflet mechanical mitral valve prosthesis. Postoperative recovery was uneventful and discharged to home.

In conclusion, left atrial thrombosis due to rheumatismal mitral valve disease should be kept in mind in patients with neurological deficit and atrial fibrillation.

Key Word: Mitral stenosis, thrombus

Kaynaklar

- Can İ, Oto A. Kapak hastalıklarında durum ve değişen epidemiyoloji. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2004;4 (1): 6-10.
- Carroll JD. Kardiyoloji Türkçe çevirisi. Mitral Darlık. Editör Cawford MH, DiMarco JP. AND yayıncılık. İstanbul 2004: Sayfa 1-10
- Diñer İ, Döven O, Candan İ. Kardiyoloji . Mitral darlığı. Editör: Candan İ, Oral D. Antıp A.Ş Tıp kitapları ve bilimsel yayınlar. Ankara 2002 sayfa 832-857.
- Abbo KM, Carrol JD. Hemodynamics of mitral stenosis: a review. Cathet Cardiovasc Diag 1994;2:16-25.
- Waller BF, Howard J, Fess S. Pathology of mitral valve stenosis and pure mitral regurgitation: part II. Clin Cardiol 1994;17: 395-402.
- Fann JI, Ingels B, Miller C. Pathophysiology of mitral valve disease and operative indications. In: Edmunds H (ed). Cardiac surgery in the adults. McGraw-Hill New York, 1997: p 959-990.
- Vigna C, de Rito V, Criconia GM, *el al.* Lelt atrial thrombus and spontaneous echo-contrast in nonanticoagulated mitral stenosis. A transesophageal echocardiographic study. Chest 1993;103:348-52.
- Chiang CW, Lo SK, Ko YS, Cheng NJ, Lin PJ, Chang CH. Predictors of systemic embolism in patients with mitral stenosis. A prospective study. Ann Intern Med a 1998;128:885-9.
- Horstkotte D. Arrhythmias in the natural history of mitral stenosis (Review). Acta Cardiol 1992;47:105-13.
- Fatkin D, Roy P, Sindone A, Feneley M. Rapid onset and dissipation of left atrial spontaneous echo contrast during percutaneous balloon mitral valvotomy. Am Heart J 1998;135:609-13.
- Sarikamis C, Bozat T, Akkaya V. Persistence of left atrial spontaneous echocardiographic contrast alter percutaneous mitral valvulotomy: a study in the Turkish population. J Heart Valve Dis 1997;6:160-5.
- Peveerill RE, Harper RW, Geiman J, Gan TE, Harris G, Smolich JJ. Determinants of increased regional left atrial coagulation activity in patients with mitral stenosis. Circulation 1996;94:331-9.
- Bonow RO, Carabello B, de Leon AC Jr, *el al.* ACC/AHA guidelines lor the management ol patients with valvular heart disease. J Am Coll Cardiol 1998;32:1486-588.