.

Kılavuzda Triküspit Kapak Ve Protez Kapaklar İle İlgili Değişen Noktalar

Dr. Mustafa Ozan Gürsoy

Triküspit yetersizliği:

Ciddi triküspit yetersizliği azalmış sağkalım ve artmış hastaneye yatışlar ile ilişkilidir. Dünyadaki genel pratik yaklaşımda triküspit kapak müdahalesi genellikle daha az ve geç dönemde yapılmaktadır. Geri dönüşümsüz RV hasarını engellemek için triküspit kapak müdahalesinin zamanlaması çok önemlidir.

2021 ESC Kapak Kılavuzuna göre triküspit yetersizliği girişimi ile ilgili güncel öneriler:

- 2017 kılavuzunda progresif sağ ventrikül dilatasyonu veya sağ ventrikül fonksiyonlarında azalmanın eşlik ettiği asemptomatik veya hafif semptomatik izole ileri ***primer triküspit yetersizliği*** olan hastalarda cerrahi sınıf IIa olarak önerilmişti. Bu kılavuzda bu öneriye istinaden cerrahiye uygun ve RV dilatasyonu saptanan hastalar olarak daha kısa ve genel bir ifadeyle güncelleme yapılmıştır. **sınıf IIa**
- Semptomatik olan veya RV dilatasyonu olan ***ciddi sekonder TY'li* hastalarda** (daha önce sol taraflı cerrahi öyküsü olsun olmasın) ciddi RV ve LV disfonksiyonu ve ciddi pulmoner hipertansiyon yokluğunda cerrahi **sınıf IIa** olarak önerilmiştir.
- YENİ: İnoperable kabul edilen ve ***semptomatik ileri sekonder triküspit yetersizliği***saptanan hastalar Kapak Hastalıkları Merkezi'nde transkateter yaklaşım ile tedavi edilebilir **(sınıf IIb).**

Protez kapak hastalığı:

Protez kapaklar hastalarında yeni öneriler:

- *Protez kapak seçimi* ile ilgi yeni bir öneri oluşturulmuştur. Yüksek tromboembolik risk nedenli halihazırda uzun dönem YOAK kullanan hastalarda biyoprotez kapak kullanımı düşünülebilir (**Sınıf IIb**)
- 2017 Avrupa Kardiyoloji Kapak Kılavuzunda hayat beklentisinin tahmini kapak durabilitesinin altında olan hastalarda *biyoprotez kapak takılması* ile ilgili önerisi (sınıf IIa) 2021 kılavuzunda detaylı olarak güncellenmiştir. Buna göre daha önce major kanama geçirmiş olan, komorbid durumu olan, ilaca uyum sorunu gösterebilecek veya ilaç kullanmaya isteksiz olanlar, hayat tarzı ve mesleğe bağlı sebeplerle yüksek kanama riski taşıyıp düzenli antikoagulasyonun sağlanamayacağı hastalarda da biyoprotez kapak takılma önerisi ilave olarak eklenmiştir (**Sınıf I**)

PROTEZ KAPAĞI OLAN VEYA KAPAK TAMİRİ YAPILAN HASTALARDA PERİOPERATİF DÖNEMDE ANTİTROMBOTİK TEDAVİ (YENİ ÖNERİLER)

- OAK ile köprüleme tedavisi şu durumlarda yapılmalıdır: Mekanik protez kapak hastalığı olanlar, AF+ciddi mitral darlığı olan hastalar, CHA2DS2-VASc skoru >_3 olan kadınlar veya 2 olan erkekler, son 4 haftada akut trombotik olay yaşamış olmak, yüksek tromboembolik olay riskine sahip olmak. **Sınıf I**

- Preoperatif dönemde INR< 1.5 olacak şekilde kumadini zamanında kesilmiş olmalıdır. **Sınıf I**

- Cerrahiye gidecek hastalarda, endike olması durumunda, ASA tedavisi periprosedüral zamanda devam edilmelidir. **Sınıf I**

- Kapak cerrahisi yapılacak hastalarda postoperatif teröpatik köprüleme ihtiyacı olması durumunda UFH veya DMAH tedavisinin cerrahiden sonra 12-24. saatte başlanması önerilir. **Sınıf I**

- Mekanik protez kapaklı hastalarda VKA'ya post-op birinci günde başlamak gerekir. **Sınıf I**

- Yakın zamanda PKG yapılmış (son 1 ay içinde) dual antiplatelet tedavi alan ve kalp kapak cerrahisi planlanan hastalarda, OAK endikasyonu yok ise, postop dönemde kanama kontrolü sağlanır sağlanmaz P2Y12 inhibitörü başlanmalıdır. **Sınıf I**

- Yakın zamanda PKG yapılmış (son 1 ay içinde) dual antiplatelet tedavi alan ve kalp kapak cerrahisi planlanan hastalarda, OAK endikasyonu yok ise, P2Y12 inhibitörünün glikoprotein IIB/IIIa veya kangrelor ile köprülenmesi düşünülebilir (**sınıf IIb**).

İLAVE ANTİPLATELET TEDAVİ GEREKTİREN DURUMLAR

- **REVİZE EDİLMİŞ ÖNERİ:** Uzun dönem OAK tedavisi alması gereken ve komplike olmayan PKG yapılmış veya AKS geçirmiş hastalarda ASA'nın erken kesilmesi (≤1 hafta) ve OAK ve P2Y12 inhibitöründen (tercihen klopidogrel) oluşan ikili tedavinin eğer stent tromboz riski düşük ise veya kanama riskinin stent trombozu riskinin önünde olduğuna karar verilmiş ise stent tipinden bağımsız olarak 6 aya kadar (AKS'li hastalarda 12 aya kadar) devam edilmesi önerilir (**Sınıf I**)

- OAK kullanan hastalarda 12. aydan sonra antiplatelet tedavinin kesilmesi düşünülmelidir. **Sınıf I**

- HAS-BLED ≥3 veya düşük stent tromboz riski olan OAK kullanan mekanik protez kapak hastalarında 12 aya kadar sadece klopidogrel kullanımı düşünülmelidir. **Sınıf IIa**

- VKA'nın yanında aspirin ve/veya klopidogrel kullanması gereken hastalarda hedef INR değeri dikkatlice düzenlenmelidir (hedef değerin aşağı sınırında olması ve *terapötik aralıkta* geçen zamanın >65- 70% olması önerilir). **Sınıf IIa**

- Hem OAK hem de antiplatelet tedavi gerektiren ve komplike olmamış PKG yapılmış veya AKS geçirmiş hastalarda stent trombozu riski kanama riskinin önüne geçiyorsa ASA, klopidogrel ve OAK'tan oluşan 3'lü tedavinin 1 haftadan fazla kullanılması (toplam sürenin ≤ 1 aydan kısa olması kaydıyla) düşünülmelidir (taburculukta risk değerlendirilmesi yapılmalıdır). **Sınıf IIa**

CERRAHİ KAPAK DEĞİŞİMİ YAPILMIŞ HASTALARDA YENİ ÖNERİLER

- AF si olan ve biyoprotez kapak implante edilen hastalarda post op 3. aydan sonra YOAK tedavisi VKA'nın yerini alabilir (**Sınıf IIa**)

- Daha önceden oral antikoagulasyon endikasyonu olmayan ve aortik biyoprotez takılmış hastalarda post op ilk 3 ayda düşük doz (75-100mg/gün) aspirin veya VKA ile oral antikoagulasyon düşünülebilir(**Sınıf IIa**).

- AF si olan ve biyoprotez kapak cerrahisi geçiren hastalarda 3 aydan sonra VKA yerine YOAK düşünülebilir (**Sınıf IIb**).

- Oral antikoagulasyon için halihazırda endikasyonu bulunan ve TAVI yapılmış hastalarda OAK ömür boyu önerilmektedir (**Sınıf II**).

- 2017 kılavuzunda kanama riski yüksek olan TAVI hastalarında tekli antiplatelet ajan Sınıf 2b olarak kullanılabilir diye belirtilmişti. 2021 kılavuzunda ise OAK endikasyonu olmayan TAVI hastalarında ömür boyu tekli antiplatelet tedavi **sınıf I** öneri olarak sunulmuştur.

- Oral antikoagulasyon için halihazırda endikasyonu bulunmayan TAVI hastalarında rutin OAK kullanımı **önerilmemektedir** (**Sınıf III**).

Protez kapak disfonksiyonun tedavisi ile ilgili güncel öneriler

- Klinik olarak ciddi paravalvüler kaçak saptanmış hastalarda transkateter veya cerrahi düzeltme tedavi stratejisi hastanın risk durumuna, defekt morfolojisine ve merkezin tecrübesine göre belirlenmelidir. (**Sınıf IIa**)
- Yaprakçık kalınlaşması olan ve yaprakçık hareketlerinin azalması ile birlikte artmış gradyana sebep olan biyoprotez kapak trombozlu hastalarda en azında erime sağlanana kadar antikoagulasyon tedavi verilmelidir. **Sınıf IIa**
- Tekrar cerrahi müdahele için yüksek risk taşıyan seçilmiş hasta grubunda mitral ve triküspit kapak için transkateter valve-in-valve implantasyonu düşünülebilir (**sınıf IIb**)