

Semptomatik Orta Dereceli Aort Darlığında Girişim Yapılmalı Mı?

Dr. Ertan Ekici

Semptomatik Orta Dereceli Aort Darlığında Girişim Yapılmalı Mı?

Great Debate: Symptomatic Moderate Aortic Stenosis Should Undergo Intervention

Dr. Ertan Ekici

Giriş

Güncel kılavuzlar semptomatik ciddi aort darlığı (AD) olan hastalarda müdahaleyi sınıf I öneri düzeyi ile tavsiye etmektedir. Buna karşılık, kılavuzlarda orta AD için, başka bir sebeple yapılacak diğer kalp cerrahisi haricinde müdahale önerilmez. Fakat, AD spektrumu boyunca mortalitenin artmış olması bugüne kadar yapılan kayıt çalışmalarında ortaya konmuş olup özellikle de orta AD için saptanan bu oranlar ciddi AD hastaları ile karşılaştırılabilecek düzeydedir. Bu sebeple, orta dereceli AD'de ideal müdahale yaklaşımı tartışmalıdır.

Girişim Yanlısı Görüş

Orta derecede aort darlığı olan semptomatik hastalarda artmış mortalite, hızla ciddi AD'ye progresyon, sol ventrikül disfonksiyonu gibi başlıca sebepler kapağa müdahale görüşünü destekler.

Delesalle ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada orta AD ile takip edilen hastalarda ortalama 47 aylık takip süresince %22 oranında ciddi AD gelişmiş, yine başka bir kayıt çalışmasında 5 yıllık mortalite, orta ve ağır AD'li hastalarda sırasıyla %56'ya karşı %67 olarak saptanmıştır. Aort darlığı olan hastalarda diyabet, koroner arter hastalığı, semptom varlığı ve LV disfonksiyonu tüm nedenlere bağlı ölüm ile ilişkilendirilmiştir. AD ilişkili 4 yıllık mortalite riskinin AD şiddetinin tüm spektrumunda kademeli olarak arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmalar orta dereceli AD'nin benign bir hastalık olmadığına altını çizmektedir.

AD'nin ilerleyici bir durum olduğu ve orta dereceli AD'nin hızla ciddi AD'ye dönüşebileceği gerçeği çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Aort kapak kalsifikasyonunda artış, koroner arter hastalığı varlığı ve 50 yaş üstü hastalarda ciddi AD'ye ilerleme de anlamlı derecede daha hızlı olmuştur.

Orta AD'ye eşlik eden ekstra-aortik valvüler ve kardiyak anormalliklerin tüm nedenlere bağlı mortalite ve kardiyovasküler olaylarla bağımsız olarak ilişkili olduğu saptanmıştır.

Şu anda, konservatif tedaviye karşı girişim uygulanan orta derecede AD'li hastaların sonuçlarını değerlendiren üç prospektif, randomize kontrollü çalışma devam etmektedir. Bu çalışmalara dahil edilme kriteri olarak AD ile ilişkili semptomlar, daha önce kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış veya yüksek NT-proBNP veya farklı derecelerde kardiyak işlev bozukluğu kanıtı aranmıştır.

Artmış mortalite riski, eşlik eden miyokardiyal disfonksiyon (diyastolik veya sistolik) ve hızlı ilerleme göz önüne alındığında, mevcut kanıtlar orta derecede AD'li hastaların, erken müdahaleden fayda görebileceğini göstermektedir. Ancak, orta dereceli AD'de devam eden klinik çalışmalardan elde edilecek veriler bu yöndeki yaklaşımımızı belirlemek konusunda kilit rolü oynayacaktır.

Girişim Karşıtı Görüş

Semptomatik ciddi aort darlığının kötü prognozu iyi bilinmesine rağmen, Amerikan ve Avrupa kılavuzları, diğer endikasyonlar nedeniyle kalp ameliyatı geçiren orta derecede AD'li hastalarda sınıf IIa endikasyon ile müdahale önermektedir.

Erken müdahaleyi savunanlar, orta derecede AD'li hastaların ciddi AD'li hastalara benzer sağkalım oranlarına sahip olduğunu öne süren çalışmalardan alıntı yapmaktadır; ancak bugüne kadar bu yaklaşımla sağkalım faydasını kanıtlayan prospektif bir çalışma bulunmamaktadır. Çok erken müdahale etmek hastaları hastane içi mortalite, kanama, inme ve atriyal fibrilasyon gibi müdahalenin peri-prosedürel risklerine maruz bırakır. Buna ek olarak, endokardit, mekanik kapaklar için kronik antikoagülasyon ile ilişkili kanama veya biyoprotez kapaklı hastalarda yapısal kapak bozulması gibi protez kapaklarla ilişkili uzun vadeli morbiditeler de söz konusudur. Biyoprotez aort kapaklar kalsifiye olmadan, daralmadan, kaçak yapmadan ve bozulmadan önce ortalama 10 ila 15 yıl dayanmaktadır; birçok çalışma, implant yaşı gençleştikçe ve protez-hasta uyumsuzluğu arttıkça daha hızlı bozulma olduğunu göstermektedir. Transkateter aort kapak implantasyonunda (TAVI) ise kendine has riskler (örn. paravalvüler yetersizlik ve kalıcı kalp pili) mevcuttur. Bu nedenle biyoprotez kapak implantasyonunun erken zamanlanması ek müdahalelere ihtiyaç duyma riskini artırabilir.

Kalp yetersizliği semptomları olan ve ekokardiyografi orta derecede AD saptanan bir hastaya yaklaşıırken, AD şiddetinin niceliğini sistematik olarak ele almak ve gerçek şiddetli AD'yi dışlamanın yanında hastaların, semptomların olası farklı etiyolojilerine yönelik değerlendirmesi önemlidir.

Aort darlığının hemodinamik şiddetini değerlendirmek için ekokardiyografik parametreler akıma bağlı ölçümler ve akımdan bağımsız ölçümler olarak iki genel kategoriye ayrılabilir.

Akıma bağlı ölçümler stenotik aort kapağı boyunca sürekli dalga Doppler'den elde edilir ve jet hızı, tepe noktası ve ortalama gradiyentleri içerir. Apikal olmayan pencerelerin göz ardı edilmesi hastaların %15'ine yanlışlıkla orta derecede AD tanısı konulmasına neden olmaktadır. Kapak boyunca akış hızı azalırsa, kapak alanı ciddi şekilde azalmış olmasına rağmen düşük gradiyentler izlenebilir (örn. önemli mitral yetersizliği veya azalmış LV fonksiyonu). Bu durumlarda, stenozun ciddiyetini belirlemek için, devamlılık denkleminden hesaplanan AVA ve dimensionless indeks gibi akıştan bağımsız ölçümler gereklidir. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) <%50, aort kapak alanı (AVA) <1,0 cm² ve ortalama basınç gradiyenti <40 mmHg

olan durumlarda olan düşük akım, düşük gradient ciddi AD ve yalancı ciddi AD'yi dışlamak için düşük doz dobutamin stres ekokardiyografi endikedir. Normal LVEF, düşük akım, düşük gradientli ciddi AD, DSE ile daha ileri değerlendirme gerektirebilir. Düşük veya normal LVEF ile uyumsuz derecelendirmede, bilgisayarlı tomografi kalsiyum skoru orta ve ciddi AD'yi ayırt etmek için kullanılabilir. AVA'nın vücut yüzey alanına (BSA) endekslenmesi bir diğer önemli ciddiyet ölçütüdür. Ciddi AD'yi tanımlamak üzere BSA endeksli AVA $<0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ önerilmiştir. Ancak daha yakın zamanda, sadece boya göre yapılan endekslemenin (AVA/H), obez ve obez olmayan hastalarda ciddi AD'yi belirlemede AVA/BSA'ya göre anlamlı derecede daha tutarlı olduğu ortaya konmuştur ($P < 0.05$).

Özet

Orta derecede AD doğrulanırsa, klinik veya subklinik LV disfonksiyonu, diyastolik disfonksiyon, infiltratif kardiyomiyopati, hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon dahil olmak üzere semptomların diğer etiyolojileri agresif bir şekilde araştırılmalı ve mümkün olduğunda tedavi edilmelidir.

Mevcut kılavuzlar, koroner arter baypas greftleme veya asendan aorta veya başka bir kapağa cerrahi müdahale uygulanan orta derecede AD'li hastalarda kalp ekibiyle görüşüldükten sonra cerrahi aort kapak replasmanı (SAVR) için IIa sınıfı bir öneri vermektedir.

Erken müdahale risksiz değildir; daha genç hastalarda mekanik kapak takılabilir veya biyoprotez kapakta erken yapısal bozulma görülebilir ve yeniden cerrahi ya da valve-in-valve prosedürüne ihtiyaç duyulabilir. Medikal tedaviye karşı orta dereceli AD'ye yönelik müdahalelerin devam eden randomize kontrollü çalışmaları tamamlanana kadar, bu hastalar yakından takip edilmelidir. Kılavuzlar orta dereceli AD'nin 1-2 yılda bir takip edilmesini önerse de olumsuz sonuçları öngören semptomlar veya eşlik eden hastalık süreçleri söz konusu olduğunda bu takibi kısaltmak daha uygun olabilir.