

# Mitral Kapak Cerrahisinde Komüssürotomi ve Anüloplasti Uygulamasının Klinik Sonuçları

Yrd. Doç. Dr. Halim Soncul, Doç. Dr. Levent Gökğöz, Prof. Dr. Ali Ersöz, Öğr. Gör. Dr. Velit Halit, Arş. Gör. Dr. Serdar Günaydın, Arş. Gör. Dr. Volkan Sinici, Doç. Dr. Ali Yener

Gazi Üniversitesi, Göğüs Kalp-Damar Cerrahisi ABD - Ankara

Ocak 1987- Aralık 1991 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Göğüs Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda mitral kapak hastalığı nedeniyle 383 hasta ameliyat edilmiş, bunlardan 32 hastaya açık mitral komüssürotomi, 20 hastaya komüssürotomi+anüloplasti, 6 hastaya ise anüloplasti uygulanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 33.7 (9-60) olup postoperatif erken dönemde mortalite %5.1 (3 hasta) olarak belirlenmiştir. Erken dönemde 3 hastada 1. dereceden fazla mitral yetmezliği görülmüştür. Ortalama 30.4 ay süreyle takip edilen hastalarda geç dönemde mortalite olmamış, ancak 1 hastada (%1.8) belirgin mitral yetmezliği, 2 hastada da (%3.6) mitral restenoz saptanmıştır.

## Clinical Results of Open Mitral Commissurotomy and Mitral Annuloplasty

Over a period of 5 years from Jun. 1987 to Dec. 1991, 383 patients with mitral valve disease were operated on at Gazi University, Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 32 of them underwent open mitral commissurotomy, 20 underwent open commissurotomy + mitral annuloplasty and 6 underwent mitral annuloplasty. The age of patients undergoing reconstructive mitral valve repair ranged from 9 to 60 years with an average of 33.7 years.

The early postoperative mortality was 5.1 % (3 patients). 3 patients suffered from mild mitral incompetence in the early postoperative period. The average postoperative follow up of patients was carried out for a period of 30.4 months which showed no late mortality among our patients. As a late morbidity, a moderate mitral incompetence was seen in 1 patient (1.8%) and mitral restenosis in 2 patients (3.6%).

Romatizmal kalp hastalıkları ülkemizde hâlâ önemini korumakta ve yapılan açık kalp ameliyatlarının önemli bir bölümünü kapak cerrahisine yönelik ameliyatlar oluşturmaktadır<sup>(1)</sup>. Sağlanan bütün gelişmelere rağmen, halen kullanılmakta olan mekanik ve biyoloji kalp kapaklarının tromboemboli, hemoliz ve dejenerasyon gibi problemleri devam etmektedir. Bu nedenle günümüzde kapak cerrahisinde rekonstrüktif yöntemler

kullanılması ve hastanın kendi kapağının mümkün olduğunca korunması fikri yaygın kabul görmektedir<sup>(2,3)</sup>.

Kliniğimizde Ocak 1987 - Aralık 1991 tarihleri arasında mitral kapak hastalığı nedeniyle ameliyat edilen 383 hastadan 58'ine rekonstrüktif tipte çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmış ve bu hastalar ortalama 30.4 ay takip edilerek erken ve geç dönem sonuçları belirlenmiştir.

## Materyal ve Metod

Ocak 1987 - Aralık 1991 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda mitral kapak hastalığı nedeniyle ameliyat edilen 383 hastadan 325'ine mitral kapak replasmanı, 58'ine ise (%15.1) çeşitli rekonstrüktif ameliyatlar uygulandı. Bu 58 hastanın yaş ortalaması 33.7 olup 43'ü kadan, 15'i erkekti. Preoperatif dönemde 28 hasta NYHA klas 2, 34 hasta klas 3, 6 hasta ise klas 4 olarak belirlendi. 38 hastada izole mitral darlığı, 14 hastada mitral darlık + yetmezlik, 6 hastada ise izole mitral yetmezliği vardı. 16 hastada (%27.5) diğer kapaklara ait patoloji vardı. Preoperatif dönemde 20 hasta sinüs ritminde, 38 hasta ise atrial fibrilasyonda idi.

Ameliyatlar standart kardiyopulmoner bypass tekniği ve 30-32°C hipotermi uygulanarak gerçekleştirildi. Miyokard korunması kristaloid K<sup>+</sup> kardiyoplejisi ve topikal soğutma ile sağlandı.

Hastaların 21'ine yalnız komüssorotomi, 12'sine komüssorotomi + papiller adele divizyonu, 19'una komüssorotomi + Kay plasti, 5'ine sadece Kay anu-oplasti, 1'ine de "Puig Massana Shiley" valvülo-

plasti ringi uygulandı. Ek patolojisi olan vakalarda mitral cerrahisine-ilave olarak, 5 hastada triküspid plasti, 6 hastada aort kapağı replasmanı 4 hastada aort kapak replasmanı + triküspid plasti, 1 hastada ise aorta-koroner bypass uygulandı.

Ortalama aort klemp zamanı 33.7 dakika, ortalama perfüzyon süresi ise 66.6 dakika idi. Postoperatif dönemde ilk 48 saat yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar yaklaşık postoperatif 8. günde taburcu edildiler. Sadece mitral rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda postoperatif antikoagülasyon uygulanmadı; ancak dipiridamol ve aspirinle antiagregan tedavi önerildi. Ortalama 30.4 ay süreyle takip edilen hastalarda takip edilebilme oranı %67.4 (39 hasta) olarak gerçekleşti.

## Sonuçlar

Toplam cerrahi mortalite (1-30 gün) %5.3 (3 hasta) olarak belirlendi. Bu hastalardan 2 tanesi düşük kalp debisi, 1 tanesi ise mediastinit nedeniyle kaybedildi. Erken postoperatif dönemde 2 hastada (%3.5) 2 dereceden mitral yetmezliği saptandı. Fizik muayenede diğer hastaların hepsi mitral

kapak açısından normal olarak değerlendirildi. Yine erken dönemde yapılan 18 kontrol doppler ekokardiyografide yetmezlik gösteren 2 hasta dışında mitral darlık veya yetmezlik saptanmadı. Erken postoperatif dönemde 35 hastada sinüs ritmi, 20 hastada atrial fibrilasyon, 1 hastada ise nodal ritim belirlendi. Diğer bir deyişle preoperatif atrial fibrilasyonda olan 38 hastanın 16'sı (%46.1) ameliyattan sonra sinüs ritmine döndü.

Geç dönemde 2 hasta (%5.1) restenoz, 1 hastada ise (%2.5) 2. dereceden fazla mitral yetmezliği nedeniyle reoperasyona alındı, 1 hastada postoperatif 6. ayda serebral emboli saptandı. Postoperatif 3. ayda hastaların fonksiyonel kapasitelerini belirlemek amacıyla yapılan kontrollerde 3 hastanın (%5.3) NYHA klas 3'te, 11 hastanın (%21,4) klas 2'de, 41 hastanın (%73.2) ise klas 1'de olduğu belirlendi (Şekil 1).

### Tartışma

Mitral kapak replasmanlarında ortaya çıkan çeşitli komplikasyonlar henüz tam olarak giderilememiş olması, son yıllarda mitral kapağı korumak amacıyla çeşitli rekonstrüktif cerrahi prosedürlerin gelişmesine ve tercih edilmesine yol açmaktadır. Hafif stenoz veya yetmezliğe neden olan rekonstrüktif prosedürlerin bile geç dönemde kapak replasmanlarından daha iyi sonuç verdiği bildirilmektedir<sup>^</sup>.

Geçtiğimiz yıllarda özellikle Carpentier ve arkadaşları tarafından yapılan ümit verici çalışmalar mitral kapağa yönelik rekonstrüktif tipte cerrahi prosedürlerin çeşitlenmesine ve prostetik kapak replasmanlarının giderek daha az sayıda kullanılmasına neden olmaktadır<sup>(5,6)</sup>. Bu gelişmelere rağmen ülkemizde mitral hastalıklarının çok büyük bir kısmının romatizmal kökenli olması, çeşitli sosyo-ekonomik nedenlerle hastaların çok geç dönemde, kapağın onarılmasının olanaksız hale gelmesinden sonra doktora başvurması gibi nedenlerle halen prostetik kapak replasmanları ülkemizde daha yaygın olarak kullanılmaktadır.

men, çalışmanın yapıldığı süre zarfında mitral kapak cerrahisi gerektiren hastaların ancak %15.1'inde kapağın korunabilmesi mümkün olmuştur. Bu 58 vakada görülen %5.3 cerrahi mortalite oranı yüksek gibi görünmekle birlikte, kaybedilen 3 hastanın 2 tanesi multivalvüler hastalık nedeniyle öpere edilen vakalardır. Takip edilen hastalar arasında geç mortalite olmaması ve geç komplikasyonların azlığı, kapak replasmanlarında geç dönemde görülen yüksek mortalite ve morbidite gözönüne alındığında<sup>(7-8)</sup> mitral kapak rekonstrüksiyonunun lehine önemli bir göstergedir. Benzer sonuçlar ülkemizde ve yurtdışında yapılan daha geniş araştırmalarda da ortaya konmuştur<sup>(2,7)</sup>.

### Kaynaklar

1. Böke E, Bozer AY, Gürvay I: Edirvesel mitral kapak hastalıklarının cerrahi tedavisi. Türkiye Klinikleri 1:63,1981.
2. Galloway AÇ, Colvin SB, Baumann FG, Grossi EA, Ribakove GH, Harty S, Spencer FC: A comparison of mitral valve reconstruction with mitral valve replacement: Intermediate-Term results. Ann Thorac Surg 47:655-62,1989.
3. Antunes MJ, Magalhaes MP, Colsen PR, Kinsley HR: Valvuloplasty for rheumatic mitral valve disease. J Thorac Cardiovasc Surg 94:44-56,1987.
4. Lessana A, Carbone C, Romano M, Palsky E, Kuan HY, Escorsin M, Jegier B: Mitral valve repair: Results and the decision -making process in reconstruction. J Thorac Cardiovasc Surg 99:622-30,1990.
5. Deloche A, Jebara VA, Relland YMJ, Chauvaut S, Perier P, Carpentier A: Valve repair with Carpentier techniques. J Thorac Cardiovasc Surg 99:990-1002, 1990.
6. Ouri JH, Grebl TM, Lamberti JJ: Mitral valve reconstruction for mitral regurgitation. J Cardiovasc Surg 1:217-24,1986.
7. Sand EM, Naftel CD, Blackstone EH, Kirklin JW, Karp RB: A comparison of repair and replacement for mitral valve incompetence. J Thorac Cardiovasc Surg 94:208-19,1987.
8. Paşaoğlu I, Dağsalı S, Günay I, Hatipoğlu A, Bozer AY, Böke E, Ersoy Ü: izole mitral kapağın değiştirilmesinin cerrahi tedavi sonuçları. Hacettepe Tıp Dergisi, 17:234,1984.