

Dev Kalp: Olgu Sunumu

İzzet Tandoğan*, Alpay T. Sezgin*, Tayfun Altınok**, Ergün Topal*, Ramazan Özdemir*,
Feridun Koşar*

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD, Malatya
* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Malatya

Romatizmal kalp kapak hastalıklarında en fazla mitral kapak tutulumu olur. Olguların % 40'ında mitral darlık ve mitral yetmezlik beraber bulunur. Semptomlar kapak hastalığının derecesi ve sol ventrikül fonksiyonuyla uyumludur. Dispne, ortopne, yaygın ödem nedeniyle başvuran 35 yaşındaki bayan hastanın teleradyografisinde kardiyotorasik oran artmış (0.9), toraks orta-alt kısımlarında akciğer dokusu izlenmiyordu. Ekokardiyografisinde sol ventrikül diyastolik çapı 13,8 cm, sol atriyum çapı 12 cm, sağ ventrikül çapı 5,5 cm, sağ atriyum çapı 10,4 cm, 4^o mitral yetmezlik, hafif mitral darlık, 4^o triküspit yetmezlik saptandı. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu % 45 ve pulmoner arter basıncı 50 mmHg olarak hesaplandı. Hasta semptomlarının son bir yıldır mevcut olduğunu ifade ediyordu. Hastamızı bu zamana kadar saptadığımız en ileri kardiyomegalili olgu olması ve bir yıl öncesine kadar önemli bir semptom tariflememesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Anahtar kelimeler: Romatizmal Kalp Hastalığı, Kardiyomegali.

Giant Heart: A Case Report

Mitral valve disease is the most seen valvulopathy in rheumatic heart disease. Approximately 40 percent of all patients with rheumatic heart disease have combined mitral stenosis and mitral regurgitation. 35 years old woman suffering from dyspnea which had been begun one year ago and history of edema of extremities was admitted our cardiology department. In PA chest roentgenogram cardiothoracic ratio was 0.9. In echocardiographic evaluation of the heart left ventricular, left atrium, right ventricular and right atrium diameters are as follows; 13,8 cm, 12 cm, 5,5 cm, 10,4 cm. In doppler echocardiography confirmed with 4^o mitral regurgitation, 4^o tricuspid regurgitation, pulmonary artery pressure 50 mmHg, ejection fraction 45 % have seen and no important symptomatology was seen before one year ago. We offer our patient because of having one of the biggest cardiomegaly that we find out and does not have any important complaint until a year ago.

Key words: Rheumatic Heart Disease, Cardiomegaly.

Romatizmal kalp hastalıklarında, kalp kapaklarından en sık mitral kapak tutulur.¹ Romatizmal mitral kapak hastalıklarının %25'i saf mitral darlığı (MD) şeklinde, %40' ı ise MD ve mitral yetmezliği (MY) şeklindedir.^{2,3} MD+MY durumunda semptomların başlaması, MD ya da MY' den hangisinin ön planda olduğuna göre 10-20 yılı bulabilir ve semptomlar genellikle MD'ye bağlıdır.^{4,5} Pulmoner hipertansiyon gelişmesi, sol ventrikül dilatasyonu, düşük ejeksiyon fraksiyonu (EF), yüksek arteriyovenöz oksijen saturasyon farkı kötü prognoz kriterleridir.^{6,7} Hastamızı kombine MD+MY'li bir olgu olup teleradyografi ve ekokardiyografide (EKO) bu zamana kadar saptadığımız en ileri kardiyomegalili olgu olması ve bir yıl öncesine kadar önemli bir yakınma tariflememesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

OLGU

35 yaşında bayan hasta, nefes darlığı, karında ve bacaklarda şişme nedeniyle polikliniği mize başvurdu. Bir yıl öncesine kadar eforla aşırı yorulması olduğunu, fakat bu nedenle hiç muayene olmadığını ifade eden hastaya, bir yıl önce karın ve bacaklarında şişme başlaması üzerine başvurduğu hastanede romatizmal kalp hastalığı olduğu söylenmiş,

karnından mayi boşaltılmış, dijital, diüretik, ACE inhibitörü verilerek taburcu edilmiş. Son bir yıl içinde üç kez değişik hastanelerde karnından mayi boşaltılmış. Dispne, ortopne, paroksizmal nokturnal dispne, noktüri, çarpıntı tarifliyordu. Akut romatizmal ateş anamnezi vermiyordu. Dört doğum yapmış (Son doğumunu üç yıl önce yapmış).

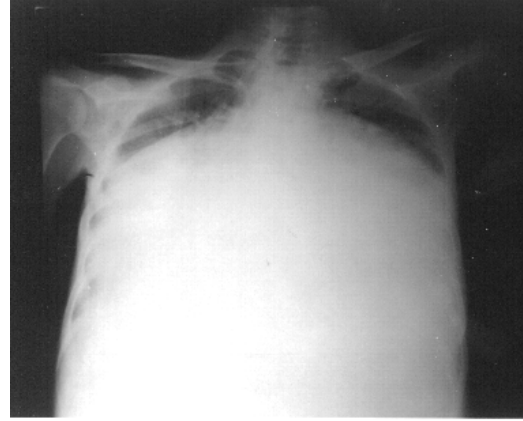
Fizik Muayene : Kan basıncı: 120/60 mmHg, nabız: 50/dk ve düzenli. Ortopneik, kaşektik. Boyun ven muayenesinde bilateral 4 (+) dolgunluk, belirgin -V- dalgası izleniyor. Her iki hemitoraks orta-alt kısımlarında solunum sesleri alınmıyor. Toraks üst kısımlarında solunum seleri alınıyor ve ince ral işitiliyor. Kalp tepe atımı el kaldırıcı vasıfta, dinlemekle ritmik, tüm odaklarda 3/6^o sistolik üfürüm, diyastolik rulman ve S3 duyuluyor Batın cildi ödemli, asit mayi mevcut. Pretibiyal ödem +++/++. Fonksiyonel kapasite, sınıf 3-4.

Elektrokardiyografide ritim sinüzal, inkomplet sağ dal bloğu mevcut, inferiyor derivasyonlarda T dalgası negatif, sağ ve sol atriyum büyüme örneği saptandı. Teleradyografide kardiyotorasik oran artmış (0.9), toraks alt ve orta kısımlarında akciğer dokusu gözlenmedi (Resim 1).

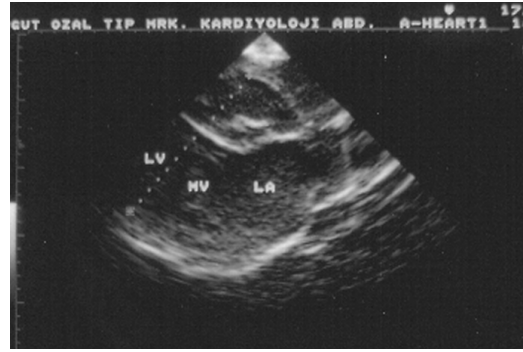
Ekokardiyografide mitral kapak fibrotik, kapak açılımı kısıtlı, kapak alanı 2 cm², ortalama diyastolik gradiyent 5 mmHg ve renkli doppler ile 4^o MY saptandı. Aort kapağı hafif kalındı. Triküspit kapak fibrotik, renkli doppler ile 4^o triküspit yetmezliği ve (++) pulmoner yetmezlik saptandı. Tüm kalp boşlukları genişlemiş olarak izlendi. Parasternal uzun aks görüntülemesinde sol ventrikül (SV) diyastolik çapı 13,1 cm, sol atriyum çapı 12 cm, sağ ventrikül çapı 5,5 cm, apikal dört boşluk görüntülemesinde sağ atriyum çapı 10,4 cm olarak ölçüldü (Resim 2). Pulmoner basınç 50 mmHg (triküspit yetmezliği ve pulmoner akselerasyon zamanı üzerinden) olarak hesaplandı. SV diffüz olarak hipokinetik idi. SV diyastol sonu volümü 995 ml, sistol sonu volümü 560 ml ve EF %45 olarak hesaplandı. (Modifiye Simpson ve Teicholtz yöntemiyle).

Hemogram ve idrar tahlili normaldi. Rutin biyokimyasal incelemeler hiponatremi (125 mEq/Lt) dışında normaldi. Karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Karın ultrasonografisinde yaygın asit mayi, karaciğerde konjesyon ve vena kava inferiyorda trombüs saptandı.

Romatizmal MD+MY, buna bağlı kardiyomegali ve konjestif kalp yetmezliği tanısını koyduğumuz hastaya yoğun diüretik, ACE inhibitörü ve vazodilatör



Resim 1. Hastanın teleradyografik görünümü. İleri kardiyomegali nedeniyle toraks orta-alt kısımlarında akciğer dokusu izlenmiyor.



Resim 2. Ekokardiyografide hastanın parasternal uzun aks görüntüsü. Sol ventrikül diyastol sonu çapı 13.1 cm, sol atriyum çapı 12 cm.

tedavi başladık. Bradikardik olması ve sinüzal ritimde olması nedeniyle kullanmakta olduğu dijitali kestik. Karından aralıklı olarak 2.5 litre mayi boşalttık. Tedavinin 10.uncu gününde durumu stabil hale gelen hastaya operasyon şartlarını değerlendirmek için kateterizasyon yapmak istedik, fakat hastamız önerimizi kabul etmeyerek hastaneden ayrıldı.

TARTIŞMA

Romatizmal valvüler kalp hastalıklarında mitral tutulum en fazla görüleni olup genellikle MD+MY beraber bulunur.^{1,3} Tekrarlayan romatizmal ataklar sonucunda mitral kapaktaki tutulumun ilerlemesiyle hastalar semptomatik hale gelir.⁸ MD komponenti ön planda olduğunda semptomlar daha erken ortaya çıkar, daha ağırdır ve prognoz daha kötüdür.^{4,5,7}

Sorgulamada, romatizmal kapak hastalığı olan hastaların %60 kadarında akut romatizmal ateş anamnezi alınmayabilir.⁹ Hastamız da akut romatizmal ateş anamnezi vermiyordu.

Hastanın genel durumun orta, kaşektik olması, kalpte tüm odaklarda 3/6⁰ sistolik üfürüm ve S3 duyulması, solunum seslerinin sadece toraks üst kısmında duyulması, karında asit mevcudiyeti ve teleradyografisinde bilateral olarak akciğer alt-orta kısımlarının izlenememesi nedeniyle, bu akciğer görünümünün, konjestif kalp yetmezliği ve plevral efüzyona bağlı olabileceğini düşündük. Fakat EKO incelememizde plevral efüzyon yoktu, önemsiz miktarda perikardiyal efüzyon vardı, teleradyografik görünüm tümüyle kalbe aitti. EKO görüntü alanına sol kalbi tam olarak sığdırmak mümkün olmadı. SV diyastolik çapı 13,1 cm, sağ ventrikül çapı 5,5 cm, sol atriyum çapı 12 cm, sağ atriyum çapı 10,4 cm olarak ölçüldü. Bu değerler bizim bu zamana kadar saptadığımız en yüksek değerlerdi.

Hastamızda semptomlar bir yıl önce başlamıştı ve bu nedenle ilk olarak hastaneye bir yıl önce başvurmuştu. İleri derecede kalp büyüklüğü, pulmoner hipertansiyon ve üç yıl önce doğum yapmış olmasına rağmen sadece bir yıldır semptomatik olması ilginçtir. Literatürde benzer bir vaka saptayamadık, sadece 14 cm'lik sol atriyum çapına rağmen önemli semptomları olmayan bir vakayla karşılaştık.¹⁰ EKO ile saptadığımız EF %45 idi. Bu değer, hastanın bir yıl öncesine kadar önemli semptomları olmadan gelmesini açıklayabilir. Fakat 4° MY varlığına rağmen EF'nin %45 olması, SV fonksiyonlarında ileri bir bozulma ve gerçek EF'nin daha da düşük olduğu anlamına gelir. Kronik MY'li vakalarda volüm yüklenmesine bağlı olarak zaman içinde miyokardiyal yetmezliğin ortaya çıkması kaçınılmazdır.¹¹ Conway ve ark.¹² kronik MY'de miyokardiyal fosfokreatin/ATP oranında değişme olduğunu ve bunun miyokardiyal yetmezlikle orantılı olduğunu saptadılar. Operasyon sonrası ise bu oran kısmen de olsa düzeliyordu.

Elektrokardiyografide ritim sinüzaldi, sol atriyum ve sağ atriyum büyüme örneği mevcuttu, ventrikül hipertrofisi saptanmadı. Her iki ventrikülde de büyümenin olması, elektriksel vektörlerin birbirlerini dengelemesiyle elektrokardiyografide ventrikül hipertrofisi örneğinin ortaya çıkmasını engelleyebilir¹³, fakat sol atriyum çapı 12 cm, sağ atriyum çapı 10,4 cm, 4° MY, MD, 4° triküspit yetmezliği mevcut ve EF %45 iken atriyal fibrilasyon gelişmemiş olması ilginçtir. Son bir yıldır hastanın ACE inhibitörü,

diüretik ve dijital kullanıyor olması bunda etkili olabilir.

Hastada karında mevcut olan asitin nedeni olarak sağ kalp yetmezliğini düşündük, bunun bir karaciğer patolojisine bağlı olduğunu düşünmedik. Karaciğer enzimleri normal düzeyde idi, sağ kalp yetmezliğinin diğer bulguları belirgin olarak mevcuttu ve ultrasonografide konjesyon dışında bir karaciğer patolojisi saptanmadı. Ultrasonografide vena kava inferiyorda, sağ atriya açıldığı noktaya kadar uzanan trombüs gözlemlendi; bunun nedeni olarakta, yine, sağ kalp yetmezliğine bağlı gelişen venöz staz düşünüldü.

Yoğun diüretik, ACE inhibitörü, vazodilatör tedavi verilen, diyet ayarlaması yapılan ve karından aralıklı olarak 2,5 litre asit mayi boşaltılan hastaya tedavinin 10. gününde kateterizasyon yapmak istedik. Önerimizi kabul etmeyen hasta kendi isteği ile hastaneden ayrıldı.

Hastamızı bu zamana kadar saptadığımız en ileri kardiyomegalili olgu olması ve bu kadar ilerikardiyomegalili ve SV fonksiyon bozukluğuna rağmen bir yıl öncesine kadar önemli bir yakınmasının olmaması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Baller BE: Rheumatic and non rheumatic conditions producing valvular heart disease. Cardiovasc Clin 1986 ; 16 :3-6
2. Wood P. An appreciation of mitral stenosis: Part 1. Clinical features. Br Med J 1954; 1: 1051-1063 An appreciation of mitral stenosis: Part 2. Investigations end results. Br Med J 1954; 1: 1113-1124
3. Bowe JC, Bland EF, Sprague HB, White PB. The cause of mitral stenosis without surgery. 10 and 20 year prospective. Ann Intern Med. 1960; 52: 741 -749
4. Selzer A, Katayama F: Mitral regurgitation; Clinical patterns, pathology and natural history. Medicine. 1972; 51: 337-366
5. Klügfeld P, Hochreiter C, Viles N, Devereux R, Borer J. Relation of sudden death in pure mitral regurgitation, with and without mitral valve prolapse, to repetitive ventricular arrhythmias and, right and left ventricular ejection fraction. Am J Cardiol 1987; 60: 397-399
6. Ling H, Enriquez-Sarano M, Seward J et al. Clinical outcome of mitral regurgitation due to failed leaflets. N Eng J Med 1996; 335: 1417 -1423
7. Ramanathan K, Knowles J, Connar M et al. Natural history of chronic mitral insufficiency: Relation of peak systolic pressure/end systolic volume relation to morbidity and mortality. J Am Coll Cardiol 1984; 3: 1412-1416
8. Waller B, Howard J, Fess S: Pathology of mitral valve stenosis and pure mitral regurgitation-part 1. Clin Cardiol 1994;17:330-336
9. Eisenberg MJ. Rheumatic heart disease in the developing world: prevalence, prevention and control. Eur Heart J 1993;14:122-128
10. Badui E, Delgado C, Enero R et al. Silent giant left atrium. A case report. Angiology 1995; 46: 445-448
11. Neubauer S, Kialze T, Schindler R et al. 31p magnetic resonance spectroscopy in dilated cardiomyopathy and coronary artery disease: altered cardiac high-energy phosphate metabolism in heart failure. Circulation 1992; 86: 1810-1818
12. Conway MA, Bottomley PA, Ouwkerk R, Radda GK, Rajagopalan B. Mitral regurgitation impaired systolic function, eccentric hypertrophy, and increased severity are linked to lower phosphocreatine/ATP ratios in humans. Circulation 1998; 97: 1716-1723
13. Sonel A. Elektrokardiyografi. Kardiyoloji, 3. baskı. Türk Tarih Kurumu Basımevi. 1987; 117-172

Yazışma Adresi:

Dr. İzzet TANDOĞAN

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD
MALATYA