

# Asemptomatik Travmatik Flail Triküspit Yetmezliği

## ASYMPTOMATIC TRAUMATIC FLAIL TRICUSPID INSUFFICIENCY

Ersin SARIÇAM\*, Mehmet DOĞAN\*, Seher BOZBOĞA\*

\* Asis.Dr., Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi,Kardiyoloji Kliniği, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Künt göğüs travması sonrası travmatik triküspit yetmezliği nadir görülen bir klinik durumdur. Semptomatik travmatik triküspit yetmezliğinde cerrahi tedavi tercih edilir.Asemptomatik vakalarda tedavi önceliği tartışmalıdır.

**Olgu Sunumu:** Bu yazıda; trafik kazası sonrası geliştiğini düşündüğümüz ekokardiyografik olarak tanı konan, asemptomatik olan erkek bir vaka sunulmuştur.

**Sonuç:** Böyle vakalarda öncelikle medikal takip düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:**Travmatik triküspit yetmezliği, Asemptomatik

T Klin Kardiyoloji 2003, 16:97-99

### Summary

**Purpose:** Traumatic tricuspid insufficiency following blunt chest trauma is a rare clinic entity. Surgical treatment is preferred in cases of symptomatic tricuspid insufficiency. In asymptomatic cases treatment priority is debatable.

**Case Report:** In this paper, we present a case of tricuspid insufficiency diagnosed echocardiographically in asymptomatic male which according to our opinion developed after a traffic accident.

**Conclusion:** In such cases medical follow-up might have the first priority.

**Key Words:**Traumatic tricuspid insufficiency, Asymptomatic

T Klin J Cardiol 2003, 16:97-99

Künt göğüs travması sonrası gelişen travmatik triküspit yetmezliği nadir görülen bir durumdur. Travma sonucu miyokardial kontüzyon, kapak laserasyonu, papiller kas rüptürü korda rüptürü gelişebilir. Triküspit kapak travması, mitral ve aortik kapak travmalarına göre daha benign seyirlidir (1). Efor dispnesi, periferik ödem, asit, hepatik pulsasyon, inspiryumla artan holosistolik üfürüm gibi semptom ve bulgular görülebilir. Nadir olarak hasta asemptomatik olabilir.

Bu vakada trafik kazası sonrası gelişmiş asemptomatik flail triküspit yetmezliği tartışıldı.

### Olgu Sunumu

Otuz sekiz yaşında erkek hasta üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle gittiği doktor tarafından kalbinde üfürüm duyulduğu söylenmesi nedeniyle ileri tetkik için polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 4 yıl önce bir trafik kazası geçirdiği, kaza sırasında tibia ve kosta fraktürü geliştiği öğrenildi.

T Klin J Cardiol 2003, 16

Fizik muayene; genel durumu iyi, kan basıncı:110/70 mmHg, nabız: 72 atım/dk, ritmik idi. Sol sternal alt kenarda inspiryumla artan 2/6 pansistolik şiddette duyulan üfürüm vardı.Diğer sistem muayeneleri normaldi.EKG, normal sinüzal ritimde olup ek bir özellik yoktu. Telekardiyografi normal sınırlardaydı. Rutin biyokimya ve hemogramda özellik saptanmadı.Transtorasik ekokardiyografide iki boyutlu görüntüde mitral ve aortik kapakların yapı açılımı ve koaptasyonu normaldi.Anterior triküspit leafletin sistolde sağ atriumda flail segmentinin olduğu görüldü (Resim 1). Renkli Doppler'de 3. dereceden triküspit yetmezliği olduğu ve pulmoner arter basıncının normal sınırlarda olduğu saptandı (Resim 2).

Hasta; anamnez,fizik muayene ve laboratuvar bulgularıyla beraber değerlendirilip travmaya sekonder flail triküspit yetmezliği olabileceği düşünüldü. Sağ kalp yetmezliği bulguları olmaması, normal pulmoner arter basıncı olması ve

97

**Resim 1.**

asemptomatik olması nedeniyle hasta medikal tedavi ve takibe alındı.

**Tartışma**

Motorlu araç kazalarının artması ile künt travma önemli bir sağlık problemi olmaya başlamıştır. Göğüs travmaları ise künt travma sonucu ölümlerin önemli bir kısmını oluşturur. Künt göğüs travmalı hastaları içeren klinik serilerde, kardiyak travmaların oranı tanı kriterlerine bağlı olarak değişkenlik göstermekle beraber yaklaşık %15 dolaylarındadır. Büyük arterler ve arkus damarlarının etkilenme oranı ise yaklaşık %4'tür (2). Göğüsün masiv kompresyonu kalp, asendan aorta ya da innominant arteri sternum ve torasik vertebra arasında ezebilir. Fraktürlü sternum tarafından direk injuri sağ ventrikül ya da asendan aortayı hasarlayabilir. Traksiyon ya da torsiyon, kalbi ve bağlanma noktalarında torasik aortayı yırtabilir. Göğüsün kompresyonu boyunca kan basıncında ani bir yükselme kalp kapaklarını etkileyebilir veya ventriküler duvar ya da septumu lasere edebilir. Kapakların etkilenme riski kardiyak siklusun zamanlarıyla değişir. Erken diastolde boş sol ventrikül tarafından desteklenmediğinden ve kapalı olduğundan aortik kapaklar risk altındadır. Erken sistolde ise atrioventriküler kapaklar ventriküler basınçta artış nedeniyle etkilenebilir. Miyokardiyal kontüzyon ise hemorajik infiltrat ve yamalı kas nekroz alanları ile karakterizedir ve ventriküler kontraksiyonu bozup aritmilere neden

**Resim 2.**

olabilir. Kardiyak kavitenin, koroner arterin ya da major ven veya arterin rüptürü genellikle fatal seyreden akut tamponata neden olur. Koroner arter injurisi miyokardiyal infarktüse neden olabilir. Valvular yırtıklara bağlı gelişen yetmezlikler zamanla kötüleşme eğilimindedirler. Travmatik aortik ya da mitral yetmezliklere bağlı kalp yetmezliği şiddetine göre birkaç hafta içinde gelişir. Triküspit yetmezliğine bağlı kalp yetmezliği gelişmesi ise, uzun yıllar alabilir (2). Bizim vakamızda da 4 yıl önce geçirilmiş kazaya rağmen asemptomatiktir.

Travmatik triküspit yetmezliği aort ve mitral kapaklara göre daha az görülür. Genelde birden fazla komponent hasarlanmıştır. Korda rüptürü papiller kas rüptürüne göre daha az görülür. Leaflet laserasyonu ise oldukça nadirdir. Genellikle travmatik triküspit yetmezliği rüptüre ventriküler septum ile beraber görülür.

İzole travmatik triküspit yetmezliğinde tolerans aort ve mitral yetmezliklerine göre daha iyidir. Korda rüptürüne bağlı travmatik triküspit yetmezliği ise papiller kas rüptürüne bağlı triküspit yetmezliğine göre daha iyi tolere edilir (2). Bizim hastamızda da papiller kas rüptürü yoktu. Literatürde ise 24,39 ve 46 yıllık tolerans olan vakalar vardır (3-5).

Semptomatik travmatik triküspit yetmezliğinde cerrahi tedavi tercih edilir (6). İzole triküspit yetmezliğinde toleransın iyi olması nede-

niyle asemptomatik vakalarda tedavi öncelikleri ise tartışmalıdır. Bu konuda erken cerrahi tedaviyi ve medikal tedaviyi savunanlar vardır (7,8). Literatür vakalarını da dikkate alarak öncelikle hastanın sağ ventrikül hemodinamisini gözlemlemek için hastanın ekokardiyografik ve klinik takibinin yapılması eğer sağ ventrikül hemodinamisinde bozulma izlenirse ve sağ yetmezlik bulguları gelişip pulmoner arter basıncı artarsa bu durumda cerrahi tedavinin planlanmasının gerektiğini düşünüyoruz.

Sonuç olarak, izole asemptomatik travmatik triküspit yetmezliğinde, hastanın öncelikle medikal takibe alınması düşünülebilir.

#### KAYNAKLAR

1. Braunwald E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 1542.
2. Pretre R, Chilcott M. Blunt trauma to the heart and eat vessels: review article. N Engl J Med 1997;336(9):626-32.
3. Yasuura K, Matsuura A, Maseki T et al. Successful repair of tricuspid regurgitation 46 years after causal blunt trauma. Scand J Thorac Cardiovasc Surg 1996;30:105-8.
4. Brandenburg RO, McGoan DC, Campeau L, Giuliani ER. Traumatic rupture of the chordae tendineae of the tricuspid valve: Successful repair twenty-four years later. Am J Cardiol 1966;18:911-5.
5. Croxson MS, O'Brien KP, Lowe JB. Traumatic tricuspid regurgitation: Long-term survival. Br Heart J 1971;33:750-5.
6. Van Son JA, Starr A. Repair of traumatic tricuspid valve insufficiency by trabecular muscle elevation. Ann Thorac Surg. 1995;59:740-2.
7. Maisano F, Lorusso R, Sandrelli L et al. Valve repair for traumatic tricuspid regurgitation. Eur J Cardiothorac Surg. 1996;10:867-73.
8. Halstead J et al. Conservative surgical treatment of valvular injury after blunt chest trauma. Ann Thorac Surg 2000;69:766-8.

**Geliş Tarihi:** 01.07.2002

**Yazışma Adresi:** Dr.Ersin SARIÇAM  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi  
Kardiyoloji Kliniği, Sıhhiye, ANKARA