

# Bir Quadrivalvüler Romatizmal Kalp Hastası

QUADRIVALVULAR RHEUMATIC HEART DISEASE

Uz.Dr. Osman YEŞİLDAĞ, Prof.Dr. Erdem ORAM, Prof.Dr. Nasih NAZLI,  
Prof.Dr. Aysel ORAM, Prof.Dr. Sırrı KES

II Ü Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.D Kardiyoloji Ünitesi, ANKARA

## ÖZET

4 kapağında tutulmuş olduğu bir romatizmal kalp hastası bu yazıda takdim edilmiş ve literatür bulguları ile karşılaştırılmıştır. Tanı hemodinamik, ekokardiyografik, histopatolojik yöntemlerle kesinleştirilmiş ve hasta ameliyata verilmiştir. Aort kapağı dışında diğer üç kapakta hakim olan lezyon stenoz olarak tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatizmal kalp hastalığı, Hemodinami, Angiografi, Ekokardiyografi

T Klin Kardiyoloji, 1991,4:68-71

## SUMMARY

A case of chronic rheumatic heart disease with involvement of all four valves are presented in this paper and compared with literature findings. The diagnosis was confirmed by two-dimensional and doppler echocardiography, hemodynamic and angiographic findings and histopathologically. Except aortic valve, the dominant lesion in cardiac valves was stenosis.

**Keywords:** Rheumatic heart disease, Hemodynamics, Angiography, Echocardiography

Turk J Cardiol, 1991,4:68-71

## VAKA TAKDİMİ

34 yaşında ev hanımı, H.Ü. Hastaneleri Kardiyoloji Polikliniğine son 5-6 aydır giderek artan çarpıntı ve nefes darlığı yakınmasıyla başvurdu. Hikayesinden 10 yıl önce akut eklem romatizması geçirdiği ve 8 yıl önce hastanemizde kalp kateterizasyonu yapılarak mitral darlığı ve valvüler pulmoner stenoz tanısı konarak ameliyata verildiği öğrenildi (Tablo 1). Operasyonla mitral ofisinin bisturiyle 4 cm'e kadar açıldığı ve pulmoner kapakta verrüler tespit edildiği ameliyat notundan anlaşıldı. 5 yıl önce hasta Almanya'da yeniden opere edilerek triküspid kapağa ring takılmış. Halen hasta düz yolda 10 dakika kadar

Geliş Tarihi: 9.4.1990

Kabul Tarihi: 23.7.1990

Yazışma Adresi: Dr. Osman YEŞİLDAĞ  
Hacettepe Tıp Fak. İç Hastalıkları  
ANKARA

yürüyebiliyor, 2 kat merdiven çıkabiliyor, ev işlerini zorlukla yapabiliyor ve ancak 2-3 yastıkla yatabiliyormuş. Son 5-6 aydır karın şişliği de ortaya çıkmış.

## Fizik İnceleme

T.A: 120/80 mmHg (Sağ koldan otururken)

Nabız: 73/dk (ritmik)

Yüzde facies mitrale görünümü mevcut. Boyun venlerinde 45°'de minimal venöz dolgunluk mevcut. Akciğerlerde dinlemekle patoloji saptanmadı.

## Kalp Muayenesinde

Parasternal lift (+) bulundu. Apekte mitral açılma sesi ve hafif diastolik rulman mevcuttu. Pulmoner ve mezokardiak odakta 2o/6o'den pansistolik üfürüm duyuldu. Ayrıca triküspid odakta 3o/6o'den pansistolik üfürüm alındı. Carvallo testi (+) bulundu.

T Klin Kardiyoloji 1991, 4

### Karın Muayenesinde

Karaciğer kosta kenarını 4 cm geçiyordu. Vertikal uzunluğu 17 cm idi. Yumuşak kenarlı ve pulsabildi. Ekstremitelerde bilateral (+ +) pretibial ve (+) presakral ödem mevcuttu.

### Labaratuvar Bulguları

HB: 13,5 g/dl, Beyaz Küre: 7400/mm<sup>3</sup>,  
Sedimentasyon: 6 mm/saat.  
Periferik Yayma: 80 parçalı, 20 lenfosit  
MCV: 86,3, MCH: 28,5, Trombosit: 174.000/mm<sup>3</sup>

### Kan Biyokimyası

AKS: 80 mg/dl, BUN: 13 mg/dl, Kreatinin: 1,0 mg/dl  
NA 135 meq/L, K: 3,9 meq/L, P: 2,5 mg/dl, AST: 17 ü  
ALT: 22 ü, Total Protein: 5,7 g/dl, Albumin: 2,8 g/dl  
Kolesterol: 138 mg/dl, Trigliserid: 60 mg/dl, LDH: 212 ü

### Teleradyografi:

Kardiyomegali mevcut, pulmoner konüs düzleşmiş.

### EKG:

Aks: +90°, Hız: 72/dk, Sağ dal bloğu, VI'de bifazik P dalgaları (biatrial dilatasyon), yaygın ST değişiklikleri (digital tesiri).

### Ekokardiyografi Bulguları

Mitral arka yaprak fiks ve kalındı. Korda ve papiller adale düzeyinde kalınlaşma devam ediyordu. Aort kapağı kalındı. Triküspid kapak kalın ve anülüste takılmış ringe bağlı eko artışı saptandı.

Doppler Eko'ya göre mitral kapak alanı 2,1 cm ve mitral gradient 6 mmHg bulundu. Aort yetmezliği ve hafif mitral yetmezliği mevcuttu. Ayrıca triküspid

kapakta 6 mmHg'lik gradient ve triküspid yetmezliği gösterildi.

1981 yılında hastanın geçirdiği ameliyat sonucu patolojiye yollanan pulmoner kapak kesitlerinde, yüzeyde yer yer fibrin birikimi, daha derinde mononükleer eozinofil lökositlerden ibaret iltihabi hücre infiltrasyonu, fibrosis ve granülasyon dokusu görülerek aktif kronik valvulit tanısı konmuştur. Histolojik olarak tipik bir Aschoff nodülü görülmemekle birlikte vakada romatizmal aktivite olabileceği düşünülmüştür.

Bu bilgilerin ışığında hastaya kesin tanı koymak ve kapakların hemodinamik durumunu belirlemek amacıyla sağ, sol kalp kateterizasyonu ve angiografik çalışma yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Yukarıdaki sonuçlara göre mitral kapakta İT mmHg'lik diastolik gradient saptandı. Pulmoner kapakta 65 mmHg'lik sistolik gradient, triküspid kapakta 8 mmHg'lik diastolik gradient mevcuttu.

Aort kökü angiografisinde 3°/4°'den aort yetmezliği, sol ventrikül angiografisinde minimal mitral yetmezliği, sağ ventrikül angiografisinde önemli triküspid yetmezliği ve valvüler pulmoner darlık tespit edildi (Şekil 1,2).

Netice olarak hastada mitral darlığı, hafif mitral yetmezliği, aort yetmezliği, triküspid darlığı, triküspid yetmezliği ve valvüler pulmoner darlık olduğü gösterildi.

## TARTIŞMA

Kronik romatizmal kalp hastalıklarında 4 kapağın birden tutulumu çok nadir olup bugüne kadar sadece 11 vaka rapor edilmiştir (1,2,6). Akut romatizmal karditte ise 4 kapağın tutulumu nadir değildir. Rapor edilen insidans %9,2'dir (3,4).

Yayınlanan 11 vakanın çoğunluğu genç kadınlar olup, kapaklarda hakim olan lezyon stenozdur. Pulmoner kapak tutulumu diğer stenotik lezyonlar-

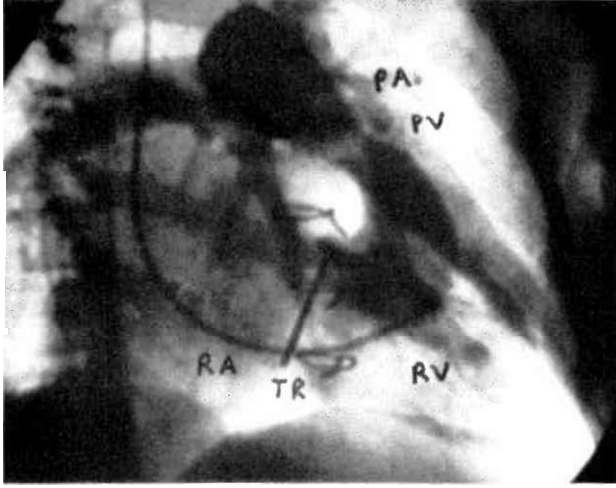
**Tablo 1.** 1981 Yılında Yapılan Kalp Kateterizasyonu Bulguları

Yer	Basınç (mmHg)
P.Kapiller (istiharat)	10 mmHg (ortalama)
(eforla)	17 mmHg (ortalama)
P.Arter	18/8
Sağ Ventrikül (İstiharat)	70/4
(eforla)	90/4
Sağ Atrium (a-* 8 mmHg)	4
Sol Ventrikül	100/6
Aorta	100/60-70
Mitral Gradient (istiharatte)	4 mmHg
(eforla)	10 mmHg
Pulmoner gradient (istiharatte)	52 mmHg
(eforla)	72 mmHg

Sağ ventrikül angiografisinde valvüler triple pulmoner darlık saptanmış

**Tablo2.** 1989 Yılında Yapılan Kalp Kateterizasyonu Bulguları

Yer	Basınç (mmHg)
P.Kapiller	15 (ortalama)
P.Arter	25/15—18 (ortalama)
Sağ Ventrikül	90/10
Sağ Atrium	18(v-*23)
Sol Ventrikül	95/4
Aorta	95/55-67



Şekil 1. Sağ oblik pozisyonda yapılan sağ ventrikül angiografisinde vaivüler pulmoner darlık, triküspid ringi ve triküspid yetmezliği görülüyor.

RA: Sağatrium, RV: Sağventrikül  
TR: Triküspid ringi PV: Pulmoner valv  
PA: Pulmoner arter



Şekil 2. Sağ oblik pozisyonda yapılan aort kökü angiografisinde opak maddenin sol ventrikülü doldurduğu görülüyor.

Ao: Aorta LV: Sol ventrikül

ca maskelenmekte ve kardiak kateterizasyon çalışması yapıncaya kadar tespit edilememektedir.

Bizim hastamız da literatürdekiler gibi genç bir bayan olup daha önce pulmoner stenoz nedeniyle bir operasyon geçirmişti. Hastada klinik ve baloratar bulgularıyla pulmoner restenoz düşünülmemiş olup tanı kateteri/asyonda konmuştur.

Multivalvüler tutulumda aort ve mitral valv lezyonlarının tanısı zor olmamasına karşın pulmoner ve triküspid darlığının tanısı zordur. Bizim

vakamızda triküspid darlığı Doppler eko ile tespit edilmesine rağmen pulmoner darlık gösterileme mistir.

Hastanın 8 yıl önce geçirdiği operasyonda pulmoner kapakta verrüler görülmüş olması ve histopatolojik incelemede kronik valvulit bulunuşu pulmoner kapakta stenozun nedeninin romatizmal kökenli olduğunu düşündürmektedir. Ameliyat esnasında pulmoner kapağın çıkarılmamış olması ve valvulotomiyle yetinilmesi zaman içinde yeniden restenozun oluştuğunu akla getirmektedir. 8 yıl önceki kateterizasyonda aort yetmezliğinin ne zaman ortaya çıktığı belirlenememiştir. Muhtemelen o tarihlerde de aort kapak tutulumunun minimal ölçüde mevcut olduğu ve geçirmiş olduğu romatizmal aktivasyon ile aort kapak patolojisinin arttığı düşünülebilir. Yayınlanan vakaların çoğunda Aort stenozu bulunmasına karşın bizim vakamızda tespit edilmemiştir.

Hastamızın hikayesinden Almanya'da 1984 yılında geçirdiği bir ameliyatla triküspid kapağa ring konulduğu öğrenilmiştir (Şekil 1).

Bu ring hastaya muhtemelen triküspid yetmezliği nedeniyle konmasına karşın, triküspid yetmezliğinin halen önemli olduğu hemodinamik ve ekokardiyografik olarak kanıtlanmıştır.

Romatizmal lezyonlar için stenotik kapaklara konservatif valvotomi önerilmesine karşın bütün vakalarda bu mümkün değildir (5).

Bizim vakamızda pulmoner ve mitral kapakta yeniden stenozun teşekkülü, önemli aort yetmezliği, mevcudiyeti, triküspid kapakta takılmış ringe rağmen önemli triküspid yetmezliği ve darlığı bulunması valv replasmanını zorunlu kılmaktadır. Pulmoner kapağın yeniden stenoza gitme olasılığı dikate alınarak çıkarılması uygun görülmüştür.

#### KAYNAKLAR

1. Gupta Krishna S, Abraham KA, Mani KC et al: Quadrivalvular rheumatic heart disease. 1987;28:507-13.
2. Mahapatra RK, Bhatia ML: Quadrivalvular heart disease. Case reports. *Indi an Heart J* 1980, 32:58-62.
3. Clawson BJ: Rheumatic heart disease. An analysis of 796 cases. *Am Heart J* 1940, 20:444-65.
4. Edwards WD, Peterson K, Edwards JE: Active valvulitis associated with chronic rheumatic valvular disease and active myocarditis. *Circulation* 1978,57:181-8.
5. Borman JB, Appelbaum A, Hirsh M, Wandermen KL: Quadriple valve, commissurotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975, 70:712-6.
6. Kumar AS, Iyer KS, Chopra P: Quadrivalvular heart disease. *Int J Cardiol* 1985, 7:66-9.