

Transkateter Aortik Kapak Replasmanı (TAVI)

Kalp ameliyatlarının önemli bir kısmını kalp kapağı ameliyatları oluşturur. Kapak hastalığına sebep olan hastalıklar; ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, ortalama yaşam beklentisine göre bazı farklılıklar gösterir. Gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağında geçirilen akut romatizmal ateş en sık hastalık sebebi iken, gelişmişlik düzeyinin artması ve erken teşhis-tedavi imkânları sayesinde romatizmal kapak hastalıkları giderek azalmaktadır. Refah ve yaşam süresi arttıkça, doğumsal kapak hastalıkları ve ileri yaşa bağlı kapak hastalıklarının cerrahi tedavideki payı artmaktadır.

Bu hastalıklar içinde kalsifik/dejeneratif aort darlığı özel bir yere sahiptir. Bazı hastalarda biküsbit aort gibi doğumsal zemin olsa da, hastalık genellikle kapak yaşlanmasının ve kireçlenmesinin bir sonucu olarak karşımıza çıkar. Hastalık belirtileri oluştuğunda ameliyatsız yaşam süresi 2-5 yıl arasında değişmektedir. Hastayı ve hekimleri ikilemde bırakan hususlardan birisi; bu hastaların açık kalp ameliyatlarını kaldıramayacak ölçüde ilave hastalıklara sahip olmalarıdır. Çünkü ileri yaştaki hastalarda diyabet,böbrek yetersizliği, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, genel durum bozukluğu gibi durumların sıklıkla mevcut olması ameliyat riskini arttırmaktadır. Diğer taraftan, aort darlığının cerrahi dışında tedavisinin olmaması, yani diğer kalp hastalıklarında olduğu gibi ilaç tedavisi alternatifinin bulunmaması tedavide bir diğer açmazı işaret eder.

Son yıllarda, koroner stent teknolojisinden esinlenerek geliştirilen TAVI (Kateter yoluyla aort kapak yerleştirilmesi) yöntemi bu hastalar için bir umut olmuştur. Kendiliğinden veya balon yardımıyla açılan stentlerin üzerine dikilen ve havyan kalbinin dış zarından üretilen kapaklar, anjiyografik yöntemle hasta kapağın üzerine yerleştirilir. Takılan yeni kapak hasta kapakları etrafa iterek kendine yer açar ve hasta kapakların üzerine oturur. Gerekliyse önce hasta kapak balonla genişletilir. Yerleştirme işlemi tamamlandığında kapak hemen çalışmaya başlar. Böylece hastaya büyük bir cerrahi işlemden kurtulmuş olur ve hastanın toparlamasının çok daha hızlı olması beklenir. İşlem genel anestezi altında yapılabildiği gibi, hasta uyanıkken de yapılabilir. Kateterin ilerletilmesi için en çok kasık damarı kullanılır. Büyük kateterler kullanıldığı için, kasığın cerrahi olarak açılması gerekir. Ancak son zamanlarda ileri dikiş sistemleri sayesinde, kasık damarı cerrahi işleme gerek duyulmadan da açılıp kapatılabilmektedir. Bu da hasta konforunu oldukça artırmaktadır.

İşlemin kararı ülkemizde ve dünyada kardiyoloji-kalp damar cerrahisi ortak konseyi/ kalp takımı tarafından verilmektedir. İşlem düşünülen hastaların koroner anjiyografileri, bacak

damarlarının ve kalp kapağının ayrıntılı tomografik anjioları (CTA) çekilir, hastalığın ciddiyeti hakkında kuşku varsa ‘‘dobutamin stres ekokardiyografi’’ veya ‘‘kapak kalsiyum skorlaması’’ gibi ilave tetkikler yapılır.

Bütün avantajlarına rağmen TAVI işlemi ölüm dâhil tüm kardiyovasküler komplikasyonlara açık bir işlemdir. İşlem sırasında hastanın kireçlenmiş kasık damarları yırtılabilir, bacadaki ciddi beslenme bozuklukları oluşabilir. Kireçlenmiş aortadan veya kapaktan pıhtı/kireç parçacıkları kopabilir ve felç, böbrek yetersizliği, myokard enfarktüsü, barsak nekrozu gibi durumlara sebep olabilir. Kapak kalbin ileti sistemine zarar verebilir ve kalıcı pil takılması gerekebilir. Bazen kapak kireçleme nedeniyle yerine tam oturamaz ve kapağın kenarlarından kaçaklar oluşabilir. Kapak yerleştirilmesi sırasında kalbi besleyen koroner damarlar tıkanabilir. Bu risklerine rağmen, işlem tüm dünyada ve ülkemizde giderek popülerlik kazanmakta, sistemler daha etkin hale getirilmekte, komplikasyonlar azalmaktadır. Hastalık nedeniyle sıkıntı çeken ancak ameliyat da olamayan hastalar için çok güzel bir alternatiftir. Yüksek kanama riski nedeniyle güçlü kan sulandırıcılar kullanması sakıncalı hastalarda da uygun bir tedavidir. İşlem sonrası coumadin kullanımı gerekmemektedir. Önceden biyoprotez kalp kapağı ameliyatı uygulanmış ancak kapağı bozulmuş hastalarda da yüksek başarı ile uygulanmaktadır. Hatta dejenere mitral konumlu biyoprotezlerde de başarılı uygulama örnekleri vardır. Ülkemizde bir çok merkezde başarıyla uygulanmaktadır. Başlangıç sonuçlarının iyi olması nedeniyle, tekniğin orta cerrahi riske sahip hastalarda da kullanılmasına başlanılmıştır. Ancak genç hastalarla ilgili uzun dönemli veriler yetersizdir ve uzun yaşam beklentisi olan hastalarda uygulamaktan kaçınılmalıdır. Çünkü biyolojik protezlerin mekanik kalp kapakları kadar dayanıklı olmadığı bilinmektedir. Şu anda en büyük dezavantaj, bu kapakların yerli olarak üretilmemesi ve tedarik aşamasında fiyatlarının döviz kuru dalgalanmasından makul olmayacak düzeyde etkilenmesidir.

Doç. Dr. Mehmet Yunus EMİROĞLU

Kardiyoloji Eğitim Görevlisi