

Olgu Sunumu

Travmatik Korda Tendinea Rüptürü*

Pınar DERVİŞOĞLU^{1,a}, Mustafa KÖSECİK²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

ÖZET

Mitral kapak yaralanmaları künt travmalar sonrası nadiren görülür. Burada araç dışı trafik kazası sonrası akut kalp yetersizliği tablosu ile karşımıza gelen korda tendinea rüptürü vakası sunuldu. Erken tanı ve tedavinin klinik seyir açısından oldukça önemli olduğunu vurgulamak istedik.

Anahtar Sözcükler: Travma, Korda Tendinea Rüptürü, Kalp Yetersizliği.

ABSTRACT

Traumatic Rupture of Chordae Tendinea

Mitral valve injuries are rarely seen after blunt trauma. Here, we present a case of ruptured chordae tendinea with an acute heart failure after a car accident. We wanted to emphasize that early diagnosis and treatment is very important in terms of clinical course.

Keywords: Trauma, Chordae Tendinea Rupture, Heart Failure.

Bu makale atıfta nasıl kullanılır: Dervişoğlu P, Kösecik M. Travmatik Korda Tendinea Rüptürü. Fırat Tıp Dergisi 2019; 24 (2): 106-107.

How to cite this article: Dervisoglu P, Kosecik M. Rupture of Traumatic Chordae Tendinea. Firat Med J 2019; 24 (2): 106-107.

Künt toraks travmaları genellikle myokardiyal kontüzyon şeklinde kardiyak hasara neden olmaktadır. Bu durum çoğu zaman selim bir seyir gösterir. Ancak nadiren künt travmaya bağlı aort, mitral ve triküspid kapak yetersizlikleri de görülebilir (1, 2). Multitramalı hastalarda kardiyak muayenenin her zaman net olarak yapılamaması nedeniyle tanıda güçlükler olabilmektedir. Burada motorlu araç içi trafik kazası sonrası korda tendinea rüptürü nedeniyle orta-ağır mitral kapak yetersizliği gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Yedi yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası nedeni ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Bilateral akciğer kontüzyonu, orbital hematomu, bilateral humerus ve sağ skapula kırığı mevcuttu. Sol akciğerde plevral efüzyonu nedeni ile torasentez sonrası toraks tüpü takıldı. Hasta 12 gün SIMV ve 2 gün nazal CPAP modunda mekanik ventilatörde izlendi. Gelişen hipotansiyonları nedeniyle inotropik destek verildi. Yatışının 16. gününde yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta serviste takibe alındı. Servis izleminin ikinci gününde solunum sıkıntısı ortaya çıkan hastanın akciğer bazallerinde bilateral ve apekte belirgin 3/6 pansistolik üfürüm duyuldu. KTA:110/dakika, TA:110/60mmHg idi. Palpasyonla karaciğer kot altı 1 cm ele gelmekteydi. Göğüs grafisinde hafif kardiomegali izlendi. Ekokardi-

yografik incelemesinde sol kalp boşlukları geniş, mitral kapak anterior leafleti ile papiller kas arasındaki bağlantının kopuk olduğu, bu nedenle belirgin koaptasyon kusuru ve orta-ağır derecede mitral kapak yetersizliği olduğu saptandı (Resim 1).



Resim 1: Anterior leaflet ile papillar kas arasında bağlantı kopukluğu.

Kalp yetersizliği klinik bulguları olan hastaya diüretik ve inotrop destek başlandı. Kalp yetersizliği kliniği 24. saatinde normale döndü. Cerrahi konseyde izlem kararı alınan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

^aYazışma Adresi: Pınar DERVİŞOĞLU, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye
Tel: 0264 888 4000

Geliş Tarihi/Received: 17.05.2018

* Bu çalışma 16. Ulusal Çocuk Kardiyoloji ve Kalp Cerrahisi Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur (19-22 Nisan 2017, Antalya).

e-mail: pdervisoglu@hotmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 09.10.2018

Genellikle motorlu araç içi trafik kazaları sonrası ortaya çıkan künt toraks travmasına bağlı kalp ve büyük damarsal yapıları ilgilendiren hasarlar sıklıkla atlanır (1). Dolayısıyla künt toraks travmasına bağlı myokard hasarının gerçek insidansını belirlemek zordur ve bu oran %8-76 arasında değişmektedir (2). Çoğu sekelsiz iyileşen myokard hasarlarının yanında travmanın şiddetine ve şekline bağlı olarak oluşan myokard rüptürü, aortik yaralanmalar, tamponad, travmatik VSD ve değişik derecelerde kapak hasarları gibi daha ciddi kardiyak hasarlar da rapor edilmiştir (3).

Travmatik mitral yetersizlik intrakardiyak basıncın ani yükselmesi ile mitral kapağı destekleyen yapıların daha kolay hasarlanabildiği izovolümetrik kontraksiyon fazında yüksek basınç nedeniyle gelişebileceği gibi, koroner arterlerin travmasına sekonder iskemi ve enfarkta bağlı olarak da oluşabilmektedir (4, 5).

Hastalar kardiyak hasarın derecesine bağlı olarak yıllarca asemptomatik kalabileceği gibi, kalp yetersizliği ve hatta kardiyojenik şok tablosu geliştirebilir. Tanı fizik muayene, kardiyak enzim değerleri, elektrokardiyografi ve ekokardiyografi ile konulur (6). Leaflet yırtılmaları ve kordal kopmalarla parsiyel papiller kas kopmaları daha yavaş hemodinamik bozulma ile seyrederek ve medikal tedavi ile hemodinamik iyileşme sağla-

nabilir. Papiller kasların tam kopması hastayı kardiyojenik şok tablosuna sokabilir. Bu durumda hızla cerrahi girişim gereklidir (6-8).

Travmatik mitral yetersizliklerin incelendiği 82 vakalık bir çalışmada, en sık hasarlanmanın papiller kasta, ikinci sıklıkta da korda tendineada olduğu görülmüştür. Vakaların %18'ine 24 saat, %65'ine 1 ay, %88'ine 1 yıl içinde kapak cerrahisi uygulanmış ve olguların tamamının hayatlarının ileri döneminde kapak cerrahisi geçirdikleri tespit edilmiştir. Hastalara %57 oranında mitral kapak replasmanı yapılırken %43 oranında mitral kapak tamiri yapılmıştır (9, 10)

Yoğun bakım takibi sonrası serviste izlemi esnasında hastamızda ortaya çıkan akut kalp yetersizliği tablosunun korda tendinea rüptürüne bağlı orta-ağır kapak yetersizliğinden kaynaklandığı tespit edildi. Medikal tedavi ile klinik düzelleme sağlandı.

Sonuç olarak künt toraks travması ile acil ve yoğun bakım servislerinde değerlendirilen hastaların kardiyak travmaya da maruz kalabilecekleri unutulmamalıdır. Dolayısıyla bu çeşit travmalı hastaların fizik muayenelerinde kalp seslerinin daha dikkatli dinlenmesi, şüpheli durumlarda ise konsültasyon istenmesi önerilir. Erken tanı, tedavi ve gerektiğinde cerrahi müdahale hastanın prognozu açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Kaplan M, Demirtaş M, Alhan C ve ark. Kalp yaralanmaları: 63 vakalık deneyim. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1999; 7: 287-90.
2. Feghali NT, Prisant LM. Blunt myocardial injury. Chest 1995; 108: 1673-7.
3. Simmers TA, Meijburg HW, de la Riviere AB. Traumatic papillary muscle rupture. Ann Thorac Surg 2001; 72: 257-9.
4. Smedira NG, Zikri M, Thomas JD, Lauer MS, Kelleman JJ, McCarthy PM. Blunt traumatic rupture of a mitral papillary muscle head. Ann Thorac Surg 1996; 61: 1526-8.
5. Erdoğan HB, Mutlu B, Kahveci G. Göğüs travmasına bağlı mitral papiller adale rüptürü. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2006; 14: 227-9.
6. Bruschi G, Agati S, Iorio F, Vitali E. Papillary muscle rupture and pericardial injuries after blunt chest trauma. Eur J Cardiothorac Surg 2001; 20: 200-2.
7. Bakiler AR, Ayvaz Aydoğdu S, Erişen S, Yenigün A, Atay Y. A case of mitral papillary muscle rupture due to blunt chest trauma. Turk J Pediatr 2011; 53: 97-9.
8. Cuadros CL, Hutchinson JE III, Mogtader AH. Laceration of a mitral papillary muscle and the aortic root as a result of blunt trauma to the chest. Case report and review of the literature. J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 88: 134-40.
9. Harada H, Honma Y, Hachiro Y, Mawatari T, Abe T. Traumatic coronary artery dissection. Ann Thorac Surg 2002; 74: 236-7.
10. Pasquier M, Sierro C, Yersin B, Delay D, Carron PN. Traumatic mitral valve injury after blunt chest trauma: A case report and review of the literature. J Trauma 2010; 68: 243-6.