.

Bir Sporcuda Biküspit Aort Kapağına Bağlı Aortopati: Olgu Sunumu ve Mini Derleme

Dr. Mehmet Emre Özpelit

Bir Sporcuda Biküspit Aort Kapağına Bağlı Aortopati: Olgu Sunumu ve Mini Derleme

Bicuspid Aortic Valve Aortopathy in an Athlete: A Case Report and Mini-Review

Sivalokanathan S. ve ark. JACC: Case Reports. 2026; 31:107030

Dr. Mehmet Emre Özpelit

ÖZET
Biküspit aort kapağı (BAK), ilerleyici aortopati ile ilişkili sık görülen konjenital bir anomalidir ve egzersize bağlı aortik olaylara dair sınırlı veriye rağmen spor kısıtlamasının yaygın bir nedenidir. Olguda, savaş pilotu olma hedefiyle Hava Kuvvetleri Akademisi değerlendirmesine giren asemptomatik 18 yaşındaki bir Amerikan futbolu oyuncusunda üfürüm duyulması sonrası yapılan incelemede tip-1 BAK, dilate aort kökü (4,3 cm; Z-skoru 3,4) ve hafif aort yetersizliği saptanmıştır. Bu bulgularla pilotluktan diskalifiye edilen hasta, ailesi ile ortak karar verme prosedürü (Shared Decision Making, SDM) çerçevesinde spora ve askeri akademiye kabul için özel bir muafiyet almıştır. Dört yıllık takipte aort kökü yılda ~3 mm büyüyerek 4,7 cm'ye ulaşmış; büyüme hızı, yaşam boyu girişim olasılığı ve kariyer hedefleri dikkate alınarak komplikasyonsuz bir kapak koruyucu aort kökü replasmanı uygulanmıştır. Mini derlemede, sporcularda 40-41 mm (erkek) ve 36 mm (kadın) üzeri aort çapının genellikle patolojik kabul edilmesi gerektiği; spora bağlı ani kardiyak ölümler içinde aort diseksiyonunun çok düşük (%3) bir paya sahip olduğu ve mevcut kısıtlamaların muhtemelen gereğinden fazla muhafazakar olduğu vurgulanmaktadır. ESC/AHA kılavuzlarına göre <40 mm çapta spora kısıtsız katılım mümkünken, 40-44 mm'de SDM ve yakın görüntüleme takibi ile devam edilebilir; ≥45 mm ise olgu bazında değerlendirilmelidir. Cerrahi sonrası, sternal iyileşmeyi takiben görüntüleme stabilitesi ve multidisipliner değerlendirme eşliğinde kademeli ve denetimli bir spora dönüş protokolü önerilmektedir.

YORUM
Bu olgu, taktik sporcu (tactical athlete) olarak adlandırılan, sportif yükün de ötesinde mesleki fiziksel zorunlulukları olan özel bir popülasyonda BAK aortopatisinin yönetimine ışık tutmaktadır. Olgunun belki de en önemli mesajı, mutlak çap eşiklerinden ziyade progresyon hızının (≥3 mm/yıl) cerrahi kararın zamanlamasını belirleyen ana unsur olmasıdır. Sinotubüler bileşke silinmesi ve “kök fenotipi” gibi morfolojik ipuçları da patolojik dilatasyonu fizyolojik sporcu kalbinden ayırt etmede değerlidir. Genç ve aktif bir hastada kapak koruyucu cerrahinin tercih edilmesi, ömür boyu antikoagülasyon ihtiyacını ortadan kaldırarak hem askeri kariyere dönüş hem de yaşam kalitesi açısından mantıklı bir seçimdir. Makalenin vurguladığı; kalp hızı ve algılanan zorluk derecesine (AZD) dayalı 4 aşamalı spora dönüş şeması, bu alandaki kanıt boşluğunu dolduran pratik bir yaklaşımdır. Sonuç olarak bu olgu sunumu, geleneksel yasaklayıcı yaklaşım yerine seri görüntüleme, multidisipliner değerlendirme, hasta ve ailesi ile ortak karar vermeye dayalı bireyselleştirilmiş karar modelinin hem güvenli hem de hasta hedefleriyle uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır.

Cerrahi Onarım Sonrası Kademeli Spora Dönüş Protokolü

Aşama	Aktivite	Yoğunluk	Kalp Hızı	Süre	Notlar
Aşama 1	İstirahat	İstirahat	<100 atım/dk veya maks kalp hızının <%50'si	1 ay	Günlük yaşam aktiviteleri; formal egzersizden kaçınma, klinik iyileşmenin değerlendirilmesi
Aşama 2	Hafif aktivite	AZD <3	Maks kalp hızının <%70'i	1 ay	Düşük yoğunluklu dayanıklılık egzersizi; klinik kontrol, ekokardiyografi (TTE)

Aşama 3	Orta düzey aktivite	AZD 4-7	Maks kalp hızının <%80'i	1 ay	Yapılandırılmış aerobik aktivite; hafif taktik antrenmana dönüş, sıklık ve sürenin kademeli artırılması
Aşama 4	Tam dönüş	AZD >7	Kısıtlama yok	2-4 hafta	Cerrahi öncesi antrenman düzenine dönüş; formal egzersiz testi düşünülmeli → spora dönüş

AZD: Algılanan zorluk derecesi. Maksimum kalp hızı kardiyopulmoner egzersiz testi ile belirlenmelidir.

Orijinal kaynak linki: https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2026.107030