

Dilate Kardiyomiyopati ile Birlikte Gebelik

DILATED CARDIOMYOPATHY WITH PREGNANCY

Alanur GÜVEN*, Aytekin GÜVEN**, Ruşen ATMACA***, Ayşe KAFKASLI****

* Uz.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
** Yrd.Doç.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, KAHRAMANMARAŞ
*** Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
****Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, MALATYA

Özet

Amaç: Nadir görülen bir durum olarak dilate kardiyomiyopatili bir hastada miada ulaşan gebelik olgusunun sunumu.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

Materyal ve Metod: Son adet tarihine göre 32 hafta 2 günlük gebeliği saptanan hasta; son günlerde, artan öksürük, nefes darlığı, terleme ve bacaklarda şişlik şikayetleriyle hastanemiz acil servisine başvurdu.

Bulgular: Başlangıç muayenesinde, iki taraflı boyun venlerinde dolgunluk vardı. Göğüs muayenesinde iki taraflı bazal raller duyuldu. Apexte 3/6 dereceden pansistolik üfürümü vardı. Ekokardiyografik incelemede dilate kardiyomiyopati tanısı konuldu. Yoğun medikal tedavi ile rahatlamayan ve fetal distres gelişen olguya kombine spinal-epidural anestezi ile acil sezaryen yapıldı. Anne ve bebek bir hafta sonra sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Dilate kardiyomiyopatili hastalarda gebelik hem anne hem de bebek hayatı için oldukça risk taşımaktadır. Bu nedenle bu hastalara kadın doğum kliniği yanı sıra kardiyoloji ve anestezi bölümü ile koordine şekilde yaklaşılmalı ve mümkün olan en kısa sürede gebeliğe son verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Dilate kardiyomiyopati, Gebelik, Kombine spinal-epidural anestezi

T Klin Jinekoloj Obst 2003, 13:316-318

Summary

Objective: The presentation of pregnant case with dilated cardiomyopathy reaching term, a rarely seen condition.

Institution: Inonu University Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology.

Material and Method: The pregnant patient with the gestational age of 32 weeks and 2 days according to her last menstruation date applied to the emergency department with the complaints of cough, shortness of breath, diaphoresis and swelling of the legs, all of which occurs recently.

Results: Initial examination revealed bilateral jugular venous distention. Chest examination revealed bilateral basal crackles on auscultation. She had a grade 3/6 pansystolic murmur at the apex. She was diagnosed as dilated cardiomyopathy on echocardiographic examinations. Although she was given intensive medical treatment, her status worsened and cesarean section was performed with combined spinal-epidural anesthesia because of fetal distress. The mother and the baby were discharged from hospital one week after delivery without any complications.

Conclusion: Pregnancy in patients with dilated cardiomyopathy can be extremely hazardous for both mother and the baby. That's why a multidisciplinary approach including obstetric, cardiology and anesthesiology departments with possible consideration of termination of pregnancy may be required as quick as possible in the management of such patients.

Key Words: Dilated cardiomyopathy, Pregnancy, Combine spinal-epidural anesthesia

T Klin J Gynecol Obst 2003, 13:316-318

Dilate Kardiyomiyopati (KMP), mortalitesi yüksek ve kötü prognozlu bir durumdur. Gebelik ile birlikte dilate KMP görülme oranı oldukça nadir bir durumdur ve gebelik seyrinde veya doğum esnasında hayatı tehdit edici bir tablo sergileyebilir. Dilate KMP'li vakalar nadiren gebeliği tolere edip miyada ulaşabilirler. Yaptığımız literatür incelemesinde ancak birkaç olguya rastladık. Bu vakamıza gebeliğinin kontrendike olduğu söylenip kalp transplantasyonu önerilmiş ve operasyon planlanmıştır. Son dönem kalp yetmezliğinde olan hasta gebeliğin miyada ulaşması nedeniyle ilginç bulunmuş olgu sunumu yapıldı.

Olgu

Otuz beş yaşında, son adet tarihine göre 32 hafta 2 günlük gebeliği mevcut. Hasta son günlerde, artan öksürük, nefes darlığı, terleme ve bacaklarda şişlik şikayetleriyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın hikayesinde iki yıl önce aynı şikayetler nedeni ile başvurduğu Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan araştırmalar sonucunda primer dilate KMP tanısı konulmuş. Medikal tedavisi planlanıp kalp transplantasyonu için programa alınmış. Fizik muayenesinde; Kan Basıncı 120/70 mmHg, nabız

120/dk, ateş 36,7° C, solunum 24 /dk idi. Baş boyun muayenesinde iki taraflı juguler venöz dolgunluk mevcuttu. Akciğerlerin muayenesinde her iki akciğerde orta sahalar kadar ince krepitan raller duyuldu. Kalbin oskültasyonunda apexte 3. dereceden koltuk altına yayılan pansistolik üfürüm tespit edildi. Pretibial iki pozitif ödem mevcuttu. Obstetrik muayenesinde; fundus pubis yüksekliği 31 hafta ile uyumlu, fetal kalp atımı (+), baş prezentasyonu, sırt sağda gebelik mevcuttu.

Elektrokardiyogramında sinüs taşikardisi ve V₄-V₆'da ST depresyonu mevcuttu. Yapılan ekokardiyografisinde; sol ventrikül diyastol sonu çapı 6.8 cm, sistol sonu çapı 5.4 cm, sol atrium çapı 4.6 cm, septum bazalı diyastol sonu kalınlığı 0.8 cm, sol ventrikül posterior duvar kalınlığı 1.0 cm, ejeksiyon fraksiyonu %40, fraksiyonel kısalma 20, sistol sonu volüm 144 ml, diyastol sonu volüm 244 ml, 3-4. dereceden mitral yetmezliği, 2-3. dereceden triküspit yetmezliği, ve global hipokinezi tespit edildi. Biyokimyasında Na=142 mmol/L, K= 4.7 mmol/L, Ca= 8.8 mg/dl, Glukoz= 145 mg/dl, SGOT= 46 U/L, SGPT= 41 U/L, Total protein 5.8 gr/dl, BUN= 18 mg/dl, Cre= 1.0 mg/dl, Albumin= 3.3 gr/dl, bulundu. Tam kan sayımında Hb= 10.1 gr/dl, Htc= %30.6, PLT= 228.000, WBC= 11.100 olarak tespit edildi. Yapılan obstetrik ultrasonografide BPD= 88 mm (36 W 4 D), FL= 70 mm (36 W1 D), amnios mayii yeterli, plasentası fundus anteriorda, baş prezentasyonu gebelik gözlemlendi. Bebekte major anomali kaydedilmedi.

Hastanın kalp yetmezliğine yönelik tedavi başlandı (Oksijen inhalasyonu, diüretik, digoxin, aminocardol amp), ancak yeterli cevap alınmadı. Fetal distres nedeni ile acil olarak sezaryen planlandı. Operasyon esnasında kardiyak yönden en az yüke maruz kalacağı spinal-epidural anestezi uygulanmasına karar verildi. 2500 gr tek canlı kız bebek 1. Dakika APGAR 9, 5. Dakika APGAR 10 olarak başla doğurtuldu. Hastanın ve eşinin istemleri üzerine operasyon sırasında modifiye Pomeroy usulü bilateral tüp ligasyonu uygulandı. Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Hasta operasyondan sonra koroner yoğun bakım ünitesine alındı. Yoğun postoperatif bakım ve medikal tedaviyi takiben postoperatif üçüncü günde servise alındı. Servisteki takiplerde problem gözlenmedi. Postoperatif herhangi bir problemi kalmayan hasta kardiyoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma

Kardiyomiyopatiler üç gruba ayrılırlar; dilate, restriktif, hipertrofik tip KMP. Primer dilate KMP'nin kesin etyolojisi bilinmemektedir. Dilate KMP, yalnızca sol ventrikül veya her iki ventrikülün volümlerinde artış, özellikle sistolik işlev bozukluğu ile karakterize ve ilerleyici

konjestif kalp yetmezliği, tromboemboli ve ani ölüm ile seyreden bir sendromdur. Beş yıllık mortalite %40-80 oranındadır. Bazı hastalarda ise semptomlar yavaş gelişir (1). Yeni medikal tedavi yöntemleri hayat kalitesini bir miktar düzeltilmesine rağmen yaşam süresini uzatamamaktadır.

Klinikleri benzer olsa da dilate kardiyomiyopatilerin geç gebelik ve erken loğusalık dönemlerinde çeşitli sol ventrikül disfonksiyonları olarak karşımıza çıkan peripartum KMP'ler ile karıştırılmaması gerekir. Peripartum KMP'ler gebeliğin son ayı veya post partum ilk 6 ayda ortaya çıkabilir. Bizim hastamıza gebelikten çok önce tanısı konmuş ve tedavisi başlanmış olduğu için peripartum KMP'den uzaklaştık. Her ne kadar tedavi yaklaşımları birbirine benzer olsalar dahi primer dilate KMP daha kötü prognozlidir (2). Bu nedenle mutlaka iyi bir hikaye ile ayırıcı tanıya gidilmelidir.

İleri derecede sol ventrikül fonksiyon bozukluğunun olduğu dilate KMP durumunda gebelik kontrendike kabul edilmektedir. Eğer bu grup hastalar gebe kalırlarsa anne hayatını korumak için gebeliğin sonlandırılması gerekir (3). Ancak gebeliği devam ettirmek isteyen hastaların çok yakın takibe alınması gerekir. Bizim olgumuza da gebelik kesinlikle yasaklanmış ve ayrıca kullandığı ilaçlar nedeni ile gebelik durumunda çocuğun sakat olabileceği belirtilmesine rağmen, olgu gebe kalmış ve gebeliğini devam ettirmiştir.

Hastamızın ileri derecede sol ventrikül fonksiyon bozukluğu olması ve kardiyak transplantasyon programına alınmış olmasına rağmen gebeliğini bu döneme kadar getirmiş olması ilginç bulunmuştur. Yaptığımız literatür çalışmalarında bu durumda olan birkaç vakaya rastladık. Bunlardan ikisinde, olgular gebelik öncesi dönemde asemptomatik olarak seyretmişler ve gebelikte hemodinamik durumları bozulunca gebeliğe son verilmiş (4,5). Bir diğer vaka ise 20 haftalık iken tüm tedavilere rağmen düzelmeyince gebelik sonlandırılmış (6). Bizim olgumuzun 32. haftaya kadar gebeliğin ulaşması oldukça ilginçtir. Ancak yapılan tüm müdahalelere rağmen hemodinamisi düzelmeyince acil olarak sezaryen ile gebeliğin sonlandırılması yoluna gidilmiştir. Olgumuzda sezaryen tercih edilmesinin sebebi, annenin hipokside olması nedeni ile bebekte fetal distres gelişmesidir. Ayrıca reyonel anestezi anne ve bebek için genel anesteziye göre çok daha üstün bir anestezi yöntemi olması nedeni ile olguya kombine spinal-epidural anestezi ile müdahale edilmiştir (7).

Sonuç olarak dilate kardiyomiyopati hastalarda gebelik hem anne hem de bebek hayatı için oldukça risk taşımaktadır. Bu nedenle bu hastalara kadın doğum kliniği yanı sıra kardiyoloji ve anestezi bölümü ile koordine şekilde yaklaşılmalı ve mümkün olan en kısa sürede gebeliğe son verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wynne J, Braunwald E. The cardiomyopathies and myocarditis. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P, eds. Heart Diseases: A textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2001:1754-6.
2. Van Hoeven KH, Kitsis RN, Katz SD, Factor SM. Peripartum versus idiopathic dilated cardiomyopathy in young women-A comparison of clinical, pathologic and prognostic features. Int J Cardiol 1993; 40:57-65.
3. Mendelson MA, Lang RM. Pregnancy and heart disease. In: Baron WM, Lindheimer MD, eds. Medical disorders during pregnancy. St. Louis, MO: Mosby, 1995: 129-67.
4. Mazor M, Levitas E, Gussarsky Y, Friedman S, Leiberman JR. Idiopathic dilated cardiomyopathy in pregnancy. Arch Gynecol Obstet 1994; 255:51-3.
5. Chan F, Nagan Kee W. Idiopathic dilated cardiomyopathy presenting in pregnancy. Can J Anesth 1999; 46:1146-9.
6. Yacoub A, Martel MJ. Pregnancy in a patient with primary dilated cardiomyopathy. Obstet Gynecol 2002; 95: 928-30.
7. Felsby S, Juelsgaard P. Combined spinal and epidural anesthesia. Anesth Analg 1995;80:821-6.

Geliş Tarihi: 13.08.2002

Yazışma Adresi: Dr.Alanur GÜVEN
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
KAHRAMANMARAŞ
alanurguven@hotmail.com