

Bir Polimiyozit Olgusunda Gebelik Takibi ve Doğum

Follow-Up of Pregnancy and Delivery in a Patient with Polymyositis: Case Report

Yrd.Doç.Dr. Salih Burçin KAVAK,^a
Dr. Fethi KARAKAYA,^a
Uz.Dr. Sami GÜNGÖR,^a
Uz.Dr. Yakup BAYKUŞ^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 29.12.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 04.04.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Salih Burçin KAVAK
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ,
TÜRKİYE/TURKEY
burcinkavak@yahoo.com

ÖZET Subakut inflamatuvar bir miyopati olan polimiyozit, gebelikte beraberliği oldukça nadir olan bir durumdur. Olumlu fetal prognoz çoğunlukla hastalığın remisyonuna bağlıdır. Polimiyozitte kas ile ilgili enzim artışı ve elektromiyogramda miyozite özgü bulgular görülür. Biz, 8 haftalık gebelikten itibaren takip ettiğimiz 28 yaşındaki bir polimiyozit olgusunu sunmayı amaçladık. Olgunun gebelikte polimiyozit nedeni ile kullandığı ilaçlar düzenlenmiş ve gebeliği reyonel anestezi yapılarak sezaryen ile sonlandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Polimiyozit; gebelik

ABSTRACT Polymyositis is a subacute inflammatory myopathy, which is rarely been in pregnancy. Good fetal prognosis is mostly depend on remission of the disease. Increase of blood levels of muscle enzymes and specific signs of polymyositis in electromyogram are seen. We herein report a 28 years old woman with polymyositis whose pregnancy was followed from 8 weeks of pregnancy. Drugs used for polymyositis were regulated and pregnancy was terminated by cesarean section by using regional anesthesia.

Key Words: Polymyositis; pregnancy

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2012;22(2):117-20

Polimiyozit, sıklıkla otoimmün bağ dokusu hastalıklarından biriyle ilişkili olan, subakut inflamatuvar bir miyopatidir. Gebelikte beraberliği oldukça nadir olup, uygun gebelik takibi yapılması maternal ve fetal risklerin en aza indirilmesi için gereklidir.

Klinik olarak özellikle kas gücü kaybı mevcuttur. Omuz, kalça ve uyluklardaki proksimal kaslar ile gövde ve boyun kaslarının simetrik ve difüz tutulumu görülür.^{1,2} Etiyopatogeneizde, miyozit ve immün sistem arasındaki ilişki, miyozit ve enfeksiyöz hastalıklar arasındaki ilişki ve miyozitle malign hastalıkların birlikteliği tartışılmıştır.³

Kortikosteroid tedavisi hemen hemen tüm hastalarda gereklidir.⁴ Prednizolon 0,5-1,0 mg/kg verilir. Kortikosteroid dirençli vakalarda azotiopürin, siklosporin de verilebilir.

Gebelik hastalığın remisyonunda olduğu dönemde planlanmalı ve hasta en azından her ay gözlenmelidir. Tedavi mümkünse oral steroidlerle sınırlandırılmalıdır.²

Bu çalışmada, ilk kez 8 haftalık gebeliği sırasında başvuran ve takipleri sırasında ciddi fetomaternal bir komplikasyon gelişmeyen, gebeliği rejyonel anestezi altında sezaryen doğumla sonlandırılan bir polimiyozit olgusu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşındaki, ikinci gebeliği olan olgu 8 haftalık gebelik, vajinal lekelenme tarzı kanama ve idrar yaparken ağrı şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Olgunun ilk gebeliği 8 haftalık komplet abortus ile sonuçlanmıştı. Yapılan muayenede aktif vajinal kanama izlenmedi, ultrasonografi (USG)'de intrauterin 8 haftalık tek, canlı fetus tespit edildi. Alınan anamnezinde 5 yıldır polimiyozit hastası olduğu, tanının kas biyopsisi yapılarak doğrulandığı öğrenildi. Olgu prednizolon (gebelik kategorisi B) 16 mg 1x1, azotiopurin (gebelik kategorisi D) 2x1 ve lansoprozol (gebelik kategorisi B) 2x1 kullanıyordu. Yapılan laboratuvar incelemesinde kreatinin kinaz 3834 U/L (normal değerler: 24-195), laktat dehidrogenaz 790 U/L (normal değerler: <247), aspartat aminotransferaz (AST) 102 U/L (normal değerler: 5-40), alanin aminotransferaz (ALT) 139 U/L (normal değerler: 5-40) ve hepatit belirteçleri negatif olarak tespit edildi. İdrar tetkikinde idrar yolu enfeksiyonu bulunan olgudan idrar kültürü alındı ve ampisilin başlandı.

Hastanın gebeliğin devamını istemesi üzerine abortus imminens tanısı ile kliniğe takip amaçlı yatırıldı. Romatoloji kliniği ile konsülte edilen hastanın ilaçları tekrar düzenlendi; prednizolon 5 mg 1x2, folik asit 0,4 mg 1x1 başlandı, azotiopurin 50 mg tablet 1x1 alması önerildi ise de olgu, getirebileceği risklerden dolayı ilacı kullanmayı kabul etmedi. Siklosporin, azotiopurin ve lansoprozol kesildi. Takiplerinde kanamaları duran ve stabil olan hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Gebeliği boyunca polikliniğimizde rutin takip edilen hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Enzim değerlerinde belirgin değişim olmadı. Hasta 36. gebelik haftasında ağrılarının olması ve amniyos sızıntısı şikâyetiyle kliniğimize tekrar başvurdu. Laboratuvar değerlendirmesinde kreatinin kinaz 3360 U/L, laktat dehidrogenaz 640 U/L, AST

98 U/L, ALT 118 U/L olarak tespit edildi. Vital bulguları stabil olan hastanın yapılan steril spekulum muayenesinde aktif amniyon mayi gelişi izlendi ve serviks 7-8 cm açıklıkta idi. USG'de fetus gebelik haftası ile uyumlu olup, fetal biyometri normalin alt sınırında idi. Trasede fetal kalp atımları reaktif olarak değerlendirildi.

Olgunun 1 saat sonra yapılan muayenesinde serviks tam açık olarak değerlendirildi, etkin uterin kontraksiyonların varlığında, fetal baş seviyesi +1'de idi. Olgu doğum masasına alındı. Bir saat boyunca serviks tam açık takip edilen olguda fetal baş seviyesi değişmediğinden sezaryenle doğum kararı verildi. Hasta anestezi ile konsülte edildi ve sezaryende spinal anestezi uygulandı. 2550 g, 48 cm, kız bebek başla doğurtuldu. APGAR skoru 7/9 idi. Bebek pediatri tarafından değerlendirildi ve herhangi bir patoloji izlenmedi. Romatoloji ile tekrar konsülte edilen olguya prednizolon 10 mg total doz olarak devam edildi. Postpartum takiplerinde komplikasyon gelişmeyen olgu sezaryen sonrası ikinci gün önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Polimiyozit genel popülasyonda 100 000'de 2,4-10,7 arasında görülür ve gebelikle birlikteliği oldukça nadir olan bir durumdur. Hastalığın aktif döneminde kreatinin fosfokinaz (%65), aldolaz (%40), AST, laktat dehidrogenaz, ALT ve glutamik oksaloasetik transaminaz yükselir. Tedavi ile enzim değerleri kas gücüne oranla daha önce düzeler. Tüm hastalarda tanıyı kesinleştirmek için kas biyopsisi yapılmalıdır.⁵

Gebeliği sırasında aktif hastalığı bulunanlar etkin tedavi edilmezlerse fetal ve maternal olumsuz sonuçlar sıkça ortaya çıkar. Fetal prognoz, hastalığın erken yaşlarda başladığı, gebeliğin erken haftalarda olduğu ve aktif hastalık döneminde olan hastalarda daha kötüdür. Literatürde hastalığa bağlı olarak 2 maternal mortalite olgusu da bildirilmiştir. Ayrıca, hastalığın erişkin dönemde başladığı kadınların %17'sinde gebelik sırasında alevlenmeler olduğu belirtilmektedir.^{6,7} Yaşamı tehdit eden komplikasyonların bulunduğu olgularda, maternal mortaliteden korunmak için terapötik abortus seçeneği akılda tutulmalıdır.⁸

Gutierrez ve ark. aktif hastalığı olan yedi kadının 10 gebeliğini incelemiş ve üç düşük, üç perinatal ölüm ve bir preterm doğum bildirmişlerdir.⁹ Rosenzweig ve ark. primer polimiyozit-dermatomyozit olan 18 kadının 24 gebeliğini incelemiştir.⁶ Kadınların yarısında, tanı gebelikten önce konmuştur. Bunların dörtte birinde hastalık ikinci ve üçüncü trimesterde kötüye gitmiştir. Düşükler dışlandığında sekiz gebelikten dördünde perinatal ölüm gerçekleşmiş, iki yenidoğanda da büyüme kısıtlılığı gözlenmiştir. Gebelerden biri postpartum 6. haftada kaybedilmiştir. Olgumuzda ilk gebelik düşük ile sonuçlanmış, bu gebelikte de düşük tehdidi yaşanmıştır. Olgu düşük tehdidi döneminde hastanede yatarak takip edilmiş, kanamaları kaybolan hasta taburcu olmuş ve gebelik 36. haftaya kadar ulaşmıştır.

Polimiyozit varlığında, gebelik planlanıyorsa remisyon dönemi tercih edilmelidir.¹⁰ Gebeliğe bağlı hormonal değişimler hastalığın alevlenmesine neden olabilir ve remisyondan çıkan gebelerde fetal ve maternal risk oldukça artar. Öte yandan puerperal dönemde de alevlenmeler olabilir.^{11,12} Genellikle gebeliğin başlangıç dönemlerinde semptomlar hafif olup ikinci ve üçüncü trimesterde alevlenmeler görülür, ancak fetal durum genelde iyi seyredir.¹³ Ancak hastalığın ilk trimesterde alevlenme gösterdiği olgularda fetal mortalite %62'lere kadar çıkar.⁸ Bizim olgumuzda klinik semptomlar gebelik boyunca stabil kalmış, hastalık komplike hale gelmemiştir.

Pasrija ve ark. tedavi amacıyla gebelerde ilk seçeneğin steroid olması gerektiğini vurgulamış, so-

lunum veya yutma güçlüğü geliştiğinde ise ikinci basamak olarak intravenöz immünglobulin, anti-metabolitler ve gerekirse ventilatör desteği önermiştir.¹³ Olgumuz prednizolon 5 mg 1x2 ile gebeliğini sorunsuz sürdürmüş, başka ilaç kullanımını gerektirecek tıbbi bir durum olmamıştır.

Olgumuzda muhtemelen polimiyozite bağlı, özellikle uterin kontraksiyonları destekleyen abdominal kaslardaki güçsüzlükten dolayı, doğumun ikinci evresi gerçekleşmemiş ve gebelik sezaryenle sonlandırılmıştır. Nitekim sezaryen esnasında rektus kasında atrofi ve atipik görünüm izlenmiştir.

Polimiyozite bağlı olarak gelişen kas güçsüzlüğü; aspirasyon pnömonisi için risk oluşturmaktadır. Ayrıca polimiyozite bağlı aritmiler, steroid tedavisine sekonder gelişebilecek kalp yetmezliği genel anestezi için diğer riskleri oluşturmaktadır. Bu yüzden polimiyozit olan gebelerde sezaryen için seçilecek en güvenilir anestezi yöntemi rejyonel anestezidir.¹⁴ Olgumuzda da yöntem olarak spinal anestezi seçilmiştir.

Sonuç olarak polimiyozit olan gebelikleri takip ederken obstetrisyen, romatolog ve neonatolog ile birlikte bir takım çalışması yapılmalı, bu gebelere mutlaka steroid verilmeli, siklosporin, azotipurin veya intravenöz immünglobulinler solunum veya yutma güçlüğü olmadığı sürece verilmemelidir. Bu gebelerde batındaki kasların zayıflığı nedeni ile gelişebilecek anormal doğum eylemi varlığında operatif doğum ya da uygun olgularda sezaryen seçeneği değerlendirilmeli ve anestezi yöntemi olarak da rejyonel anestezi seçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Öcal ML. [Dermatomyositis and polymyositis]. Karaaslan Y, editör. Klinik Romatoloji. 8. Baskı. Ankara: Medikomat Basımevi; 1996. p.155-7.
2. Rowell NR, Goodfield MJD. The connective tissue diseases. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. Textbook of Dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Science Inc; 1998. p.2437-575.
3. Bradley WG, Tandan R. Inflammatory diseases of muscle. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, eds. Textbook of Rheumatology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1989. p.1263-87.
4. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. Common and Serious Diseases. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1997. p.328-31.
5. Spencer RT. Inflammatory muscle disease. In: West SG, ed. Rheumatology Secrets. 1st ed. Philadelphia: Hanley and Belfus Inc; 1997. p.141-6.
6. Rosenzweig BA, Rotmenssch S, Binette SP, Phillippe M. Primary idiopathic polymyositis and dermatomyositis complicating pregnancy; diagnosis and management. Obstet Gynecol Surv 1989;44(3):162-70.

7. Doria A, Iaccarino L, Ghirardello A, Briani C, Zampieri S, Tarricone E, et al. Pregnancy in rare autoimmune rheumatic diseases: UCTD, MCTD, myositis, systemic vasculitis and Behcet disease. *Lupus* 2004;13(9):690-5.
8. Silva CA, Sultan SM, Isenberg DA. Pregnancy outcome in adult-onset idiopathic inflammatory myopathy. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42(10):1168-72.
9. Gutierrez G, Dagnino R, Mintz G. Polymyositis/dermatomyositis and pregnancy. *Arthritis Rheum* 1984;27(3):291-4.
10. King CR, Chow S. Dermatomyositis and pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66(4):589-92.
11. Vancsa A, Ponyi A, Constantin T, Zeher M, Danko K. Pregnancy outcome in idiopathic inflammatory myopathy. *Rheumatol Int* 2007;27(5):435-9.
12. Chopra S, Suri V, Bagga R, Thami MR, Sharma A, Bamberg P. Autoimmune inflammatory myopathy in pregnancy. *Medscape J Med* 2008;10(1):17.
13. Pasrija S, Rana R, Sardana K, Trivedi SS. A case of autoimmune myopathy in pregnancy. *Indian J Med Sci* 2005;59(3):109-12.
14. Gunusen I, Karaman S, Nemli S, Firat V. Anesthetic management for cesarean delivery in a pregnant woman with polymyositis: a case report and review of literature. *Cases J* 2009;2:9107.