

Gebelik ve Ankilozan Spondilit: Bir Olgu Sunumu

PREGNANCY AND ANKYLOSING SPONDYLITIS: A CASE REPORT

Hande AKBAŞ*, Alev ATIŞ*, Ali BENİAN**

* Uz.Öğr.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Uz.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İSTANBUL

Özet

Amaç: Bu olgu sunumunda, 36 yaşında 10 yıldır ankilozan spondiliti (AS) olan gebe bir kadının gebelik seyri ve doğum sırasında ortaya çıkan komplikasyonları ele alındı.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Bulgular: Hastada ankilozan spondilit bulgularında gebelik süresince alevlenme saptandı. Lomber omurlardaki hareket kısıtlılığı sebebiyle supin pozisyonunda yatamadı. Göğüs duvarının ekspansiyon kapasitesindeki kısıtlılığa travayın da eklenmesiyle solunum kapasitesi giderek azaldı. Bu iki sebeple normal doğum mümkün olamadı. Bu sırada gelişen klinik bulgular plasenta dekolmanını düşündürdü, hasta acil sezaryene alındı. Spinal bölgedeki hareketlilik kaybı ve servikotorasik bölgedeki siddetli kifoz sebebiyle hastada ventilasyon acil trakeostomi ile sağlandı ardından genel anestezi uygulandı. Birinci dakika apgarı 6 olan bebek doğurtuldu.

Sonuç: AS'li hastaların gebelik sırasında da düzenli takibi devam etmelidir. Doğum ve anestezi şekline doğum eylemi başlamadan evvel karar verilmeli, doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonlar açısından klinisyen her an dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, Gebelik, Trakeostomi

T Klin Jinekolo Obst 2003, 13:253-255

Summary

Objective: In this case report, a 36 years old pregnant woman who had ankylosing spondylitis (AS) for 10 years is presented. Her course of pregnancy and the complications occurring at delivery is reported.

Institution: Istanbul University Cerrahpaşa Medical School, Obstetrics and Gynecology Department.

Results: Our case had aggravated ankylosing spondylitis activity during gestation. Severe limitation of motion of the lumbar spine made it impossible for her to lie down in the supine position. She had frequent contractions of labor, these contractions and restriction of chest wall expansion both decreased her pulmonary capacity. Because of these 2 reasons vaginal delivery seemed not possible. Later on we had the clinical impression of placental abruption and performed emergent cesarean delivery. The patient couldn't be intubated because of the loss of spinal mobility and the severe kyphosis in the cervicotorasik region. Ventilation was maintained by emergency tracheostomy and then she underwent general anaesthesia. Baby with an Apgar score of 6 at 1 minute was delivered. 30% placental separation was noticed.

Conclusion: Regular follow up of these patients should continue during pregnancy. The type of delivery and anaesthesia should be decided before the onset of labor, and finally the physician should be aware of the complications that could occur during labor.

Key Words: Ankylosing spondylitis, Pregnancy, Tracheostomy

T Klin J Gynecol Obst 2003, 13:253-255

Ankilozan spondilit (AS) spondiloartropatilerin prototipi olarak kabul edilir. Entezopati, sakroileit, spondilit, anterior üveit, asimetrik periferik eklem inflamasyonu ve HLA B-27 pozitifliği ile karakterizedir (1). Sıklıkla genç erişkinlik çağında başlar. Bildirilen rastlanma oranları erkek ve kadınlarda 10:1 ile 3:1 arasında değişmektedir (2).

Özellikle sabahları görülen eklem sertliği, hareket kısıtlılığı, omurgada hassasiyet, göğüs kafesinin yeterince genişlememesine bağlı göğüs ağrısı, kalça ve omuz eklemlerinin tutulumuna bağlı artralji hastalığa sıklıkla eşlik eder. Hastaların ¼ ü aktif ön üveit ile başvurur (1,2).

T Klin J Gynecol Obst 2003, 13

Bazı AS'li kadınlarda ise servikal omurların ve symphysis pubis tutulumu ve periferik artrit ön plandadır (2).

AS'in en sık başlangıç yaşı 15-29 arasındadır ve bu sebeple ön planda doğurganlık çağındaki kadınları etkiler. Gebelik ve AS arasındaki etkileşim hakkında yayınlanan vaka sunumları ve ufak serilerin çoğu detaylı bilgiden uzak olup yetersiz veri içermektedir. Henüz bu konuyla ilgili yapılmış prospektif bir çalışma yoktur. Bazı yazarlar gebeliğin, AS'in başlangıcında tetikleyici bir faktör olduğunu öne sürmektedirler ancak bu bulgu kanıtlanamamıştır (3).

253

Olgu Sunumu

36 yaşında, gravida 1 olan, 10 yıllık AS'li hasta, 35 hafta 3 günlük gebe iken nokturnal ağrı, sabah sertliği ve sırt ağrısı şikayetlerinde ciddi artış olması sebebiyle hastaneye başvurdu. Hastada sakroileit, periferik artrit ve psoriasis de mevcuttu. Gebe kalmadan önce steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar (NSAID) ve sulfasalazin kullanan hasta, gebeliğinin 35. haftasına kadar hiçbir ilaç kullanmadı. Hastanede, şiddetlenen semptomların hafifletilmesi amacıyla, hastaya asetaminofen ve glukokortikoid başlandı. 37 hafta 3 günlük iken, hasta şiddetli nefes darlığı şikayetiyle hastaneye yatırıldı.

Solunum sesleri doğaldı ancak ventilasyon hızı artmıştı. Hasta lumbal omurlarındaki ciddi hareket kısıtlılığı sebebiyle supin pozisyonda yatabilmekte aşırı güçlük çekiyordu. Doğum ağrıları başlayan hastada, göğüs duvarının ekspansiyon kapasitesinde var olan kısıtlılığa kontraksiyonların etkisinin de eklenmesiyle solunum kapasitesi belirgin olarak azaldı. Bu iki sebeple normal doğumun mümkün olamayacağını düşünerek sezaryen yapmayı uygun bulduk. Sezaryen için gerekli hazırlıkların yapıldığı sırada, hastada vaginal kanamanın geliştiği ve buna elektronik fetal monitorizasyonda (veya CST'de) variabilite kaybı ile fetal taşikardinin eşlik ettiği gözlemlendi. Hasta, ağrısının daha da arttığını ifade etti. Klinik olarak abruptio plasenta düşünülerek acil sezaryene alındı. Ancak spinal bölgedeki hareketlilik kaybı ve servikotorasik bölgedeki şiddetli kifoz sebebiyle hasta entübe edilemedi. Ventilasyon acil trakeostomi ile sağlandı ve ardından genel anestezi uygulandı. 1. dakika Apgar skoru 6 olan 3300gr ağırlığında bebek doğurtuldu. Plasentada %30 oranında dekole bir alan olduğu gözlemlendi. Operasyondan bir gün sonra trakeostomi tübü çıkarıldı. Postpartum 5. günde kendisini iyi hisseden hasta taburcu edildi. Doğumdan bir ay sonra bulgulara belirgin düzelme gözlemlendi. Glukokortikoidlere son verildi ve hastaya sulfasalazin ve NSAİ ilaçlar başlandı.

Tartışma

En belirgin fiziksel bulgular; spinada hareket kaybı, lumbal lordozun kaybolması ve servikal kifozun artmasıdır. Hastalığın ilerlemesiyle bunlara göğüs kafesinin genişlemesinde kısıtlılık ve boynun öne doğru aşırı kamburlaşması eklenir (1).

Yapılan retrospektif çalışmalarda, gebelik süresince hastaların %40'ında AS'in aktivitesinde bir değişiklik olmadığı; %30'unda belirti ve bulgulara belirgin iyileşme görüldüğü; %30'unda ise başlıca nokturnal ağrı ve sabahları eklemlerdeki sertlik olmak üzere tüm semptomlarda artış ve akut periferik artrit atakları gözlenmiştir (3,4). Bu vaka da, gebelik sırasında hastalığın aktivitesi şiddetlendi. Özellikle spinal ankiloz, sırt ağrısı, sabahları eklemlerdeki

sertlik ve periferik artrit arttığından, gebeliğin son 2 ayında hastanın supin pozisyonda yatabilmesi çok zorlaştı.

AS gebeliği olumsuz yönde etkilememektedir, yapılan iki retrospektif çalışmada bu hastalarda spontan abortus, erken doğum ve ölü doğum oranlarının normal popülasyondan farklı olmadığı bildirilmiştir (4,5). Genellikle AS'li hastaların gebelikleri komplikasyonsuz seyreder ve miadında, sağlıklı, normal doğum ağırlıklı bebekler doğar. Doğum süresi normal bireylerinkinden farklılık göstermez. Bu hastada, pelvic eklem total ankilozu kalça hareketlerinde ciddi kısıtlılığa yol açarak normal doğuma mekanik bir engel teşkil etti. Torasik eklemlerin tutulumu ve gebelik, hastanın göğüs kafesinin ekspansiyonunu belirgin olarak kısıtladı. Bu iki sebeple doğumun sezaryen yoluyla yapılmasına karar verdik. Kanaatimizce, omurgadaki şiddetli ankiloz karın içi basıncının artmasına neden oldu ve travayın başlamasıyla gelişen kontraksiyonlar basıncı daha da arttırarak plasenta dekolmanının gelişmesine yol açtı. Şiddetli servikal kifoz ve gebeliğe bağlı havayollarındaki yaygın ödem, entübasyonda ciddi güçlük yarattığından trakeostomi uygulanmak zorunda kaldı. Epidural blok uygulamak da ağır spinal ankiloz sebebiyle mümkün değildi ve plasenta dekolmanı geliştiği için fazla vakit kaybedilmek istenmedi.

Literatürde, AS'li gebe kadınların solunum kapasiteleri hakkında yeterli bilgi yer almamaktadır. Bu vaka da, göğüs duvarının genişlemesindeki kısıtlılık vital kapasitenin azalmasına sebep oldu ve travayda takipne ve dispne ortaya çıktı.

Ott. ve ark. çalışmalarında, vakaların yaklaşık %50'sinde postpartum alevlenme geliştiğini bildirmiş ancak bunun zamanı ve derecesi hakkında bilgi vermemişlerdir. Ostensen ise çalışmasında, doğumdan sonra hastaların %45'inde semptomların alevlendiğini, %50'sinde herhangi bir değişiklik gözlenmediğini ve %4,5'inde ise iyileşme geliştiğini bildirmiştir (2). Hastamızda doğumdan sonra semptomlarda giderek iyileşme gözlemlendi; dört hafta içinde, sabah sertliği, nokturnal ağrı, omurgadaki hassasiyet ve periferik bölgelerde ki ağrı kayboldu ve glukokortikoidler kesildi.

Hastada eğer kalp hastalığı gibi AS'in eklem dışı tutulumları mevcut değilse, gebelik süresince aylık takipler yeterlidir. AS'in aktivitesini kontrol etmek amacıyla gebelik sırasında bir takım özel kan testlerine ihtiyaç yoktur. Gebelikte akut ön üveit gelişirse derhal tedavi edilmelidir. Spinal belirtiler ve periferik artrit atakları alevlenirse mutlaka romatolog ile konsulte edilmelidir. Doğum şekline karar verirken gebelik öncesinde çekilmiş olan pelvik filmler eklem tutulumu hakkında fikir vereceğinden yararlı olacaktır.

Hastamızda psoriatik cilt lezyonları mevcuttu. AS'e eşlik edebilen ülseratif kolit ve psoriasis prognozu etkile-

yeceğinden, araştırılmalıdır. Fonksiyonel postürün ve hareket serbestliğinin korunması için gebelik boyunca aktif egzersiz yapılmalıdır. Hastamız gebe kaldıktan sonra aktivitelerini kısıtlamış, bu da hastalığının kötüleşmesine sebep olmuştur.

Dünyada AS için en sık kullanılan ilaç tedavisi NSAİ ilaçlardır. Ancak bu ilaçların gestasyon süresini ve travayı uzatmak, terme yakın verildiğinde ise intrapartum ve postpartum kanamaya eğilimi arttırmak gibi etkileri olabildiğinden, bunlar yerine gebelikte asetaminofen tercih edilir.

Gebelik ve doğumun AS'in prognozu üzerindeki etkisi henüz kesin olarak bilinmemektedir. Gebe kalmış ve kalmamış olan AS'li kadınlarla yapılan çalışmalarda hastalığın klinik seyrinde herhangi bir fark gözlenmemiştir. AS'li kadınların fertilité oranı, gebelik seyri ve normal doğum sıklığı genel populasyon ile aynıdır. Ancak bu hastaların gebelik sırasında da düzenli takibi devam etmelidir. Doğum ve anestezi şekline doğum eylemi başlamadan evvel karar verilmeli, doğum sırasında gelişebilecek

komplikasyonlar açısından klinisyen her an dikkatli olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Calin A. Ankylosing spondylitis. In: Kelly W, Harris E, Ruddy S and Sledge, eds. Textbook of Rheumatology. Philadelphia, WB Saunders Co 1981,1017.
2. Ostensen M, Husbi G. Ankylosing spondylitis and pregnancy. Rheum. Dis Clinics of North America 1989;15:241.
3. Hadorn R. Sexe, grossesse et alloantigens (HL-A), bases d'une classification des maladies rheumatismales. Med Hyg. 1975;33:557.
4. Ostensen M, Romberg O. Ankylosing spondylitis and motherhood. Arthr Rheum 1982;25:140.
5. Ostensen M, Husby G. A prospective clinical study of the effect of pregnancy on rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum 1983;26: 1155.

Geliş Tarihi: 03.09.3002

Yazışma Adresi: Dr.Hande AKBAŞ

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İSTANBUL