

Mitral kapak replasmanı sonrası ikinci gebeliği esnasında tromboza bağlı mekanik kapak disfonksiyonu nedeniyle opere edilen bir hasta

A patient operated because of mechanical valve dysfunction due to thrombosis during second pregnancy after mitral valve replacement

Günümüzde mekanik kapak replasmanı yapılan gebelerde etkin antikoagülan tedavi şekli halen netlik kazanmamıştır. Yan etkilerinin fazla olması nedeniyle mekanik kapak replasmanlı gebelerde birçok merkez warfarin yerine heparin ya da düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi uygulamaktadır. Serum hemostaz değerlerinin ölçümünde yeterli antikoagülasyonun sağlandığı düşünülen mekanik protezli gebelerde maternal tromboemboli komplikasyonu % 4 - 14 oranında bildirilmiştir. Taşıdığı riskler ve vaka sayılarının yetersiz olması nedeniyle hangi tedavinin diğerine üstün olduğu ve nasıl bir tedavi yolunun izlenmesi gerektiği halen birçok merkezde tartışılmaktadır. Bizim sunmayı amaçladığımız vakanın da yol gösterici olabileceğini ve tedaviye ışık tatabileceğini düşünmekteyiz.

Üç buçuk aylık gebe 25 yaşındaki hasta nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize acil olarak başvurdu. Hastanın hikayesinde; dokuz sene önce kliniğimizde mekanik mitral kapak replasmanı operasyonu geçirmiş; operasyondan 3 yıl sonra gebe kalan hastaya başka bir merkezde gebeliğinin ikinci ayından itibaren warfarin tedavisi kesilip nadroparine calcium 2 x 0.4 ml (3800 IU) ve asetil salisilik asid 100 mg/gün tedavisi başlanmış; gebeliği boyunca doktor kontrolünde takip edilen hasta problemsiz bir şekilde miadında vaginal doğum yapmış; bebeğinde ve kendisinde herhangi bir problem olmayan hastaya doğum sonrası ikinci gününde eski kullandığı dozdan (5 mg/gün) warfarin tedavisine başlanmış; kliniğimize acil olarak başvurmamasından yaklaşık olarak bir buçuk ay önce ikinci kez gebe kaldığını öğrenmiş, bunun üzerine tekrar doktor kontrolünde warfarin tedavisi kesilmiş ve sadece nadroparine calcium 1 x 0.6ml (11.400 IU) başlanmış. Hastaya yapılan tetkikler sonucunda mekanik kapak disfonksiyonu tanısı konarak acil ameliyata alınmıştır. Sorunsuz olarak taburcu edilen hastanın gebeliği halen devam etmekte ve 2.5 aylık izlem neticesinde bebeği sağlıklı durumdadır.

Cerrahi teknikler ve tıbbi tedavilerdeki gelişmelere bağlı olarak kalp hastası gebelerde maternal ölüm insidansında azalma sağlanmasına rağmen, gebelerde açık kalp cerrahisi yüksek fetal risk nedeniyle sadece acil vakalarda uygulanmalıdır. Gebeliğin ilk üç ayında özellikle 7-12. haftada warfarin kullanımı ile embriyopati ve fetal komplikasyon riskinin (% 5-30) artırdığı gösterilmiştir (1). Bu artışın doz bağımlı olduğuna yönelik yayınlar olsa da (2)

gebelik belirlenir belirlenmez, özellikle ilk trimester'de warfarin kullanımından kaçınılması gerektiğine yönelik görüşler daha ağırlıktadır. İkinci ve üçüncü trimester'de warfarin tedavisine dönüş önerilse de, ilacın fetüs için bu dönemlerde tehlike oluşturmayı sürdürdüğü konusundaki endişeler devam etmektedir. Bu durum son yıllarda düşük molekül ağırlıklı heparin ve heparinoidlerin, warfarin yerine kullanımını gündeme getirmişse de bu antikoagülanların rolü henüz netlik kazanmamıştır. Gebelik sırasında heparin kullanımı birtakım komplikasyonlar oluştursa da (maternal kanama, trombositopeni, osteoporoz riski vb.), ilacın yeterli dozları subkutan olarak uygulandığında başarılı gebelikler olduğu bildirilmiştir (3). Ancak bazı çalışmalarda mekanik protez kapaklı gebelerde heparin kullanımı ile hayatı tehdit edici tromboembolik komplikasyonlar görüldüğü rapor edilmiştir (4).

Düşük molekül ağırlıklı heparinin gebelerde güvenle kullanıldığını gösteren bir takım çalışmalar bulunmaktadır. Birçok avantajlarının (plasentayı geçmemesi, kan testi gerektirmemesi, trombositopeni ve osteoporoz riskinin daha az olması vb.) olmasına rağmen etkin antikoagülasyon sağladığına yönelik bilgiler sınırlıdır ve daha fazla araştırma gerekmektedir. Ek olarak gebelik sırasında kullanılan antitrombosit ilaçların da maternal kanama riskini artırdığı ve plasentaya geçişi olduğu bilinmektedir. Antitrombosit ajan olarak en sık kullanılan asetil salisilik asidin abortus ya da intrauterin gelişme geriliği insidansını artırdığı bildirilmiştir. Ayrıca asetil salisilik asidin prostaglandin sentezini inhibe etmesi nedeniyle fetal hayatta duktus arteriosusun erken kapanmasına da sebep olduğu bilinmektedir. Bütün bu verilere karşın asetil salisilik asidin preeklampside ve prostatik kapaklı yüksek riskli gebelerde profilaktik olarak kullanılması gerektiği bazı çalışmalarda önerilmiştir (5). Hastamızda tromboza bağlı kapak disfonksiyonu gelişmesinde şu sorular akla gelmektedir: Düşük molekül ağırlıklı heparinler antikoagülasyon sağlamada güvenli değil midir? Terapötik doz ne olmalıdır? Asetil salisilik asid ile düşük molekül ağırlıklı heparin kombinasyonu avantajlı mıdır?

Mahmut Mustafa Ulaş, Kerim Çağlı, Erdem Çetin, Emre Boysan, Levent Mavioğlu, Ahmet Sarıtaş
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Sıhhiye, Ankara, Türkiye

Kaynaklar

1. Zipprich K, Canzler E, Hundscarfer S. Teratogenic effect of coumarins. Zentralbl Gynakol 1987; 109: 364-8.
2. Vitale N, De Feo M, Cotrufo M. Anticoagulation for prosthetic heart valves during pregnancy:the importance of warfarin daily dose.Eur J Cardiothorac Surg 2002; 22: 656.
3. Ginsberg JS, Kowalchuk G. Heparin therapy during pregnancy. Arch Intern Med 1989; 149: 2233-6.
4. Al-Lawati AA, Venkitraman M, Al-Delaime T, Valliathu J. Pregnancy and mechanical heart valves replacement;dilemma of anticoagulation. Eur J Cardiothorac Surg 2002;22:223-7.
5. Hauth JC, Goldenberg RL, Parker CR Jr, et al. Low- dose aspirin therapy to prevent preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 1993;168: 1083-91.