

Mitral Darlığı ve Gebelik Komplikasyonları

Bilindiği gibi romatizmal valvülit sonrası kapaklarda deformasyon, kommissürlerde yapışma, kapak altı apareyde kalınlaşma, yapışma ve kısaltmalar oluşarak kapak alanında daralmalara neden olmaktadır. Patofizyolojik olarak da darlık derecesine bağlı olarak transmitral diyastolik basınç farkı artmakta ve hastalığın ileri dönemlerinde akciğer konjesyonu ve ödemi meydana çıkabilmektedir (1, 2).

Normal gebelerde kalp debisi, gebeliğin haftasına göre % 35-45 oranında artar, bunu karşılamak için ise nabız sayısı dakikada 10-15 arasında artmaktadır. Gebelerde en sık rastlanan romatizmal kapak hastalığı mitral darlığıdır. Mitral darlıklı gebelerde kalp hızı artışı sol ventrikül diyastolik doluş zamanını kısaltarak sol atriyal basıncın artmasına, diğer taraftan kompensasyon yoluyla kalp hızı artışına neden olmaktadır. Neticede eksersiz sırasında normalde beklenen debi artışında yetersizlik oluşur, gebede daha hafif efor değerlerinde dispne ortaya çıkar. Bu durum kapak alanı ile yakın ilişki gösterir. Kapak alanının 1.5 ve hatta 1.7 cm² nin üzerinde olduğu mitral darlıklı gebelerde tolerans iyi olmasına ve gebelik sorunsuz geçmesine karşılık kapak alanının 1.0 cm² ve altında olduğu durumlar hemen daima semptomatik ve hatta III-IV sınıf fonksiyonel kapasite gösterir. 1 Aradaki kapak alanı değerleri ara sınıfı oluşturmakla birlikte sinüs ritminin varlığında gebelik için daha iyi tolerans gösterirler. O halde mitral darlıklı gebelerde prognostik en önemli ön belirleyici kapak alanıdır (3-5). Bu nedenle gebe kalmak isteyen adaylarda kapak alanı 1.7 cm² nin altında ise balon valvotomi uygulamakta yarar vardır (5).

Atriyal fibrilasyon varlığında atriyal kasılmanın kaybolması sol atriyal basıncı ve pulmonar tansiyonu artırır. Hızlı ventrikül cevabında ise pulmoner ödem ortaya çıkabilir. Fonksiyonel kapasitenin azalması yanında sağ kalp yetmezlik bulguları oluşabilmektedir. Kronik atriyal fibrilasyonlu mitral kapak hastalarında kardiyak trombüs ve serebral emboli sıklığının 17 de-

fa arttığı bildirilmektedir. Atriyal fibrilasyonda antikoagülan tedaviye ihtiyaç olacaktır. İlk trimesterde warfarin embriyopatisi nedeniyle ve peripartum dönemde ise kanama komplikasyon kontrolü için heparin, ikinci ve üçüncü trimesterde ise warfarin tercih edildiğinde bu tedavilerin beklenen komplikasyonları için dikkatli olunmalıdır.

Gebelik öncesi fonksiyonel kapasite hernekadar kapak alanı ve ritm ile yakından ilgili ise de tek başına prognostik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak fonksiyonel kapasite ile kapak alanı uyumsuzluk halinde kapak alanı tayininde hata olabileceği ve/veya fonksiyonel kapasite üzerine etkili diğer faktörlerin (anemi, enfeksiyon vb.) birlikte bulunabileceği göz önünde tutulmalıdır (3, 4).

Pulmoner hipertansiyonun varlığında kalp debisinin azalması gebede çabuk yorulma, aşırı halsizlik yakınmalarına, fetus için ise utero-plasental perfüzyon bozulmalarına sebep olarak % 5-30 arasında değişebilen maternal ölümlere rastlanılmaktadır (3, 4).

Anadolu Kardiyoloji Dergisinin bu sayısında yayınlanan çalışmada (6), mitral darlıklı gebe kadınların izlenmesinde mitral kapak alanının önemi vurgulanırken; mitral stenozunun kliniğini etkileyen pulmoner hipertansiyon varlığı ve derecesi, transmitral basınç farkından yeterince bahsedilmemiştir (3-5).

Yakınmaları tıbbi tedavi ile kontrol altına alınamayan (fonksiyonel kapasitesi III-IV grup), sol atriyal trombüsü ve 2+ ve üzerinde regürjitasyonu olmayan, kapak alanı 1 cm² ve altındaki gebelerde mitral kapak apareyi ileri derecede deforme olmamışsa (eko skoru <12) balon valvotomi veya kapalı mitral kommissürotomi düşünülmelidir (1, 2, 5).

Balon valvotomi için gebe pelvis ve karın çepeçevre kurşun gömlekle sarılarak, kısıtlı fluoroskopi kullanılır, sineanjiyografi yapılmaz ve bilinen yöntemle balon valvotomi uygulanır. İşlem süresini kısaltmak için transözofagiyal ekokardiyografi yeterli kolaylık sağlamaktadır. Balon valvotomi sonuçları oldukça başarılıdır. Kontrast madde fetal hipotroidi riski nedeniyle sakıncalı olabilir. Ülkemizde Ege ve Hacettepe Üniversitelerinde belirtilen uygulamalar başarıyla yapı-

mıştır. Organogenezisin tamamlanması, fetus troidinin inaktif olması ve 25. haftadan sonra aktif hale geçmesi ve son olarak uterus hacminin küçük, diaphragmadan uzak olması nedenleri ile balon valvotomi için en uygun zaman 4. aydır.

Kapalı kommissürotomi ülkemizde yıllardır uygulanmaktadır. Son zamanlarda transözofagiyal ekokardiyografi yardımıyla hem işlem süresi kısaltılmış, hem de ufak ensizyonla operasyon gerçekleştirilmektedir. Ancak ilk yılların aksine son dekatta maternal mortalite pek görülmemesine karşılık fetal mortalite hala % 2-5, prematüre doğum % 5-15 civarındadır.

Balon valvotomi ve kapalı kommissürotomiye uygun olmayan gebelerde açık kalp cerrahisi uygulamasında maternal mortalite %5 civarında iken, fetal mortalite % 30 ve üzerindedir. Bunun nedeni açık kalp cerrahisine ihtiyaç gösteren gebenin kronik hipokside oluşu, utero-plasental perfüzyonun bozulmasıdır. Ayrıca kardiyopulmoner bypass komplikasyonları (hipotansiyon, hipotermi, vasoaktif maddelerin salınımı, kompleman aktivasyonu, hava ve partikül embolizasyonu vb.) da plasenta perfüzyonunu bozarak fetal komplikasyonlara neden olmaktadır. Ancak son zamanlarda sectio sezeryanı hemen takiben pompaya girilerek açık kalp operasyonları yapılabilmektedir. I. trimesterde anestetik maddelerin teratojenik etkisi, spontan abortus riski, III. trimestride plasenta yetersizliği nedenleri ile açık veya kapalı kalp cerrahisi için en uygun zaman II. trimestredir (4).

Anestezi ile normal doğumda optimal anestezi esastır. Epidural analjezi korku ve ağrıya bağlı kalp hızı ve kan basıncı artışını önler. Ancak hipotansiyon en korkulan komplikasyonlardandır. Hipotansiyon sebebi venöz dönüş azalmasına bağlı debi düşüklüğüdür. Mayi perfüzyonu ile düzelmiyen durumlarda ephedrin gibi vasopressörler kullanılır. Mitral darlıklı gebelerde epidural analjezi ile normal doğumda ise postpartum debi artışında azalma söz konusu değildir. Fakat katekolamin deşarjına bağlı sinüs taşikardisini B-bloker ile önleme olasılığı yönünden faydalıdır. Şiddetli mitral darlığında sabit kapak alanı nedeniyle epidural analjezi genel anesteziye göre daha az tercih edilmelidir.

Mitral darlıklı gebelerde sectio sezeryan obstetrik nedenlerle veya annenin durumunun ani bozulması şartlarında endikasyon taşır. Genel anestezi ile yapı-

lan sectio sezeryanda maternal metabolik ihtiyaçlar minimal derecededir, oksijenizasyon optimaldir ve kalp hızı, kan basıncı kontrol altında tutulabildiği için genel anestezi tercih edilir. Genel anesteziye intubasyon sırasında hipertansiyon ve taşikardi opiatlarla önlenir. Genel anestezinin maternal aspirasyon riski ve neonatal respiratuar depresyon gibi sakıncaları gözden uzak tutulmalıdır (7).

Normal doğumda ise semifowler pozisyonu tercih edilir. Doğum sonrasında venocaval sistem üzerine fetal baskı kalkacağı ve plasenta ototransfüzyonu nedenleriyle venöz dönüş artacağı için kalp debisi % 50-80 oranlarında artacaktır, neticede pulmoner ödem görülme olasılığı yükselir. Kalp şikayetleri artmış hastalarda doğum öncesinde intravenöz furosemid verilmesi uygundur.

Dr. Ahmet Narin
Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar
Cerrahisi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği
İstanbul

Kaynaklar

1. Ribeiro P, Al Zaibag M. Rheumatic heart disease. In: Oakley C, editor. Heart Disease in Pregnancy. London: BMJ Publishing group; 1997. p.112-27.
2. Türk Kardiyoloji Derneği Kapak Hastalıkları Tedavi Kılavuzu 2001.
3. Barbosa PJ, Lopes AA, Feitosa GS, et al. Prognostic factors of rheumatic mitral stenosis during pregnancy and puerperium. Arq Bras Cardiol 2000; 75: 215-24.
4. Desai DK, Adanlawo M, Naidoo DP, Moodley J, Kleinschmidt I. Mitral stenosis in pregnancy: a four-year experience at King Edward VIII Hospital, Durban, South Africa. BJOG 2000; 107: 953-8.
5. Gupta A, Lokhandwala YY, Satoskar PR, Salvi VS. Balloon mitral valvotomy in pregnancy: maternal and fetal outcomes. J Am Coll Surg 1998; 187: 409-15.
6. Demir İ, Yılmaz H, Başarıcı İ, Altekin E, Zorlu G. Gebelikte Mitral Darlığının Prognostik Faktörleri. Anadolu Kardiyol Derg 2002; 2: 213-217.
7. Zideman D, Watts J. Anaesthesia for the pregnant cardiac patient. In: Oakley C, editor. Heart Disease in Pregnancy. London: BMJ Publishing group; 1997. p.330.