

Gebelik ve Kalp Hastalığı: Altmışyedi Olgunun Değerlendirilmesi

Ali Kulusarı¹, Şahin Zeteroğlu², Hanım Güler Şahin¹, Mansur Kamacı¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van

²Bursa Acıbadem Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Bursa

Özet

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde kalp hastalığı saptanan gebelerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'nda Aralık 1994 –Aralık 2006 tarihleri arasında gebelik ve kalp hastalığı ile başvuran 67 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 6852 doğum hastası arasında 67 kalp hastalığı olan gebe tespit edildi. (%0.98) Olguların %40.1'inin eğitimsiz, %68.7'sinin kırsal yerleşimli olduğu ve %74.6 olgunun antenatal takipsiz olduğu tespit edildi. Olguların %77.6'sında kalp hastalığı tanısı gebelik dışı dönemde koyulurken sadece 15 olgunun (%22.4) kalp hastalığı tanısı son gebeliği esnasında tespit edildi. Bazı hastalarda birden fazla kalp kapak hastalığı mevcut olup tüm gebelerde toplam 97 adet kalp hastalığı tespit edildi. Kalp hastalığı olan gebelerde en sık tespit edilen kardiyak anomali mitral stenoz ve mitral yetmezlik idi.

Sonuç: Gebelikte kalp hastalıkları maternal ve fetal mortalite ve morbidite artışına yol açmaktadır. Bu hastaların mümkünse gebelik öncesi kardiyolojik olarak değerlendirilmesi, gebeliğin ortaya çıkaracağı risklerin hastalara açıklanması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, kalp hastalığı.

Heart disease and pregnancy: result of sixty-eight cases

Objective: In this study, it was aimed to evaluate pregnant women who had been diagnosed cardiac disease.

Methods: Sixty- seven (67) patients applied to the gynecology and obstetrics clinics of yuzuncu yil university faculty of medicine between December 1994 and December 2006 diagnosed as having pregnancy and cardiac disease were assessed retrospectively.

Results: Among the total 6852 obstetrical patients, 67 (0.98%) pregnant women who had cardiac disease were determined of the cases, 40.1% did not have any school education, 68.7 % lived in rural area and 74. 6 did not have any antenatal fallow. While 77.6% of cases were diagnosed when they were non-pregnant, only 15 (22.4) cases were determined to have cardiac disease during their last pregnancy. More than one valvular cardiac disease was present in some patients and a total of 97 cardiac diseases were determined in all pregnant women. Mostly diagnosed cardiac diseases were mitral stenosis and mitral insufficiency.

Conclusion: Cardiac diseases result in increase in maternal and fetal mortality and morbidity during pregnancy. These patients must be evaluated cardiologically before the gestation and the risks that might be caused by pregnancy should be explained to the patients.

Keywords: Pregnancy, heart disease.

Giriş

Gebeliklerin yaklaşık %1-3'ü kalp hastalığı ile komplike olur ve bu durum maternal mortalite-

nin % 10-15'den sorumludur.¹⁻² Romatizmal kalp hastalıkları gibi kazanılmış hastalıkların insidansı gelişmiş ülkelerde azalmakta iken, gelişmekte

olan ülkelerde hala bir sorun olarak devam etmektedir.³ Gebelik ve Romatizmal kalp hastalığı olan hastalarda; mitral stenoz en sık görülen lezyondur.⁴ Ülkemizde yapılan bir çalışmada kalp hastalığı olan gebelerin %60 kadarında romatizmal kalp hastalığı saptanmıştır.⁵ Gebelikte oluşan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak kalp hastalığı tanısı zorlaşmaktadır. Gebelikte fonksiyonel sistolik üfürümler sık duyulur, alt ekstremitelerde ödem izlenir. Gebelikte kalp hastalığının yakınmaları progresif ortopne, paroksizmal nokturnal dispne, hemoptizi, ekzersiz ile oluşan senkop, göğüs ağrısı, ciddi ya da progresif dispnedir. Gebelikte kalp hastalığının bulguları ise siyanoz, parmaklarda çomaklaşma, boyun venlerinde dolgunluk, grade 3/6'dan fazla sistolik üfürüm, diastolik üfürüm, kardiyomegali, aritmi, pulmoner hipertansiyon bulguları ve ikinci kalp sesinin sabit çiftleşmesidir.⁶ Klas I ve klas II kalp hastalığı olan gebeler, gebelikleri süresince genellikle sorun yaşamalarında bu hasta grubunda maternal mortalite oranı %0-0.4 arasındadır ve obstetrik sezaryen endikasyonları dışında normal vajinal doğum tercih edilmelidir.^{7,8} Klas III ve IV kalp hastalığı olan gebelerde ise maternal mortalite %4-7 arasında değişmektedir. Bu hastalara gebelik tavsiye edilmemekle birlikte eğer mutlak gebelik istemi varsa yatak istirahati ile çok yakın takip edilmeli ve hatta hospitalize edilmelidir. Bu hastalarda da obstetrik endikasyonlar olmadıkça normal vajinal yol tercih edilmelidir.^{7,8} Bu çalışmada kliniğimizde kalp hastalığı saptanan gebelerin değerlendirilmesi ve özelliklerinin araştırılması geriye dönük olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'nda Aralık 1994 -Aralık 2006 tarihleri arasında doğum yapan 6852 gebe arasından kalp hastalığı olan 67 gebe (%0.98) retrospektif olarak değerlendirildi. Kalp hastalığı düşünülen ve kalp hastalığı öyküsü veren tüm hastaların kardiyoloji kliniği ta-

rafından yapılan fizik muayene, elektrokardiografi (EKG) ve ekokardiografi (EKO) sonuçları kaydedildi. EKO sonrası gebelik ve kalp hastalığı tespit edilen olguların sosyodemografik özellikleri, daha önceki doğumları, antenatal komplikasyonlar, intrapartum maternal ve fetal sonuçlar, doğum şekli ve perinatal sonuçlar kaydedildi. Çalışmaya erken gebelik haftalarında yüksek riskli kalp hastalığı saptanarak gebeliği sonlandırılanlar dahil edilmemiştir.

Bulgular

Hastaların yaşları ortalaması 30.24±7.19, (17-40) paritesi ise 2¹⁹ olarak saptandı. Gebelerin ortalama 37.10±4.21 hafta da doğum yaptıkları tespit edildi (Tablo 1). Olguların %40.1'inin eğitimsiz, %68.7'sinin kırsal yerleşimli olduğu ve %74.6 olgunun antenatal takipsiz olduğu tespit edildi. Antenatal takibe gelen hastalardan 2 olgunun ilk trimesterde, 8 olgunun ikinci trimesterde, 4 olgunun üçüncü trimesterde birer kez 3 olgunun da her trimesterde birer kez antenatal takibe geldiği tespit edildi. Olguların %77.6'sında kalp hastalığı tanısı gebelik dışı dönemde koyulurken sadece 15 olgunun (%22.4) kalp hastalığı tanısı son gebeliği esnasında tespit edildi. Gebelerin kliniğe ilk kabulünde alınan anamnezde 9 hasta kalp hastalığı nedeniyle opere olmuş, 4 hastanın konjestif kalp hastalığı öyküsü mevcuttu. Bazı hastalarda birden fazla kalp kapak hastalığı mevcut olup, tüm gebelerde toplam 97 adet kalp hastalığı tespit edildi. Romatiz-

Tablo 1. Gebelik ve kalp hastalığı olan olguların sosyodemografik özellikleri.

	Ortalama +SD
Yaş	30.24±7.19
Gravida	5.24±3.23
Parite	3.42±3.01
Abortus	.45±.71
Yaşayan	2.84±2.64
Gebelik haftası	36.36±4.32
Doğum haftası	37.10±4.21

Tablo 2. Kalp hastalığı olan gebelerin ekokardiografi bulguları.

Ekokardiografi Bulguları	N (%)
Mitral stenoz	25(25.77)
Mitral Yetmezlik	28(28.87)
Aort Yetmezliği	16(16.49)
Triküspit Yetmezliği	14(14.43)
Triküspit Stenozu	3(3.09)
Ventriküler Septal Defekt	3(3.09)
Aort Stenozu	3(3.09)
Atrial Septal Defekt	1(1.03)
Pulmoner Stenoz	1(1.03)
Dextrokardi	1(1.03)
Dilate Kardiomyopati	1(1.03)
Mitral Valv Prolapsusu	1(1.03)

mal kapak hastalığı 60 (%89.55) hastada görülürken, konjenital kalp hastalığı ise ancak 5 (%7.46) olguda izlendi. Kalp hastalığı olan gebelerde en sık tespit edilen kardiak anomali mitral stenoz ve mitral yetmezlik idi. Bir olguda da dekstrokalardi mevcuttu (Tablo 2). Kalp hastalığı olan tüm gebelerin eğer obstetrik bir endikasyon yok ise normal vajinal yolla doğurtulduğu saptandı. Normal doğum esnasında 23 (%34.3) olguya doğumun ikinci evresinde vakum ekstraksiyon uygulandığı saptandı. Obstetrik endikasyonlarla sadece 17 (%25.4) olgunun doğumu sezaryen ile sonlandırıldı. En sık sezaryen endikasyonunun fetal distres olduğu saptandı (Tablo 3). Olguların hiçbirinde çoğul gebelik saptanmadı. Kalp hastalığı olan tüm gebelere doğumlardan yarım ile 1 saat önce ve 8 saat sonra 2 gr iv. ampisilin ve 1.5 mg/kg im. veya iv. gentamisin kullanıldığı saptandı. Perinatal mor-

Tablo 3. Kalp hastalığı olan olguların sezaryen endikasyonları.

Sezaryen endikasyonları	N (%)
Fetal distres	9 (%52.9)
Makat prezentasyon	4 (%23.5)
Çıkım darlığı	1 (%5.9)
Eski sezaryen	2 (%11.8)
Preterm eylem+el geliş	1 (%5.9)

talite izlenmemiş olup bebeklerin 1 dakika apgar skorunun 7.15 ± 2.09 , 5. dakika apgar skorunun 8.75 ± 2.17 , fetal ağırlığının 2807.57 ± 921.13 olduğu saptandı.

Tartışma

Kliniğimizde belirtilen tarihler arasında doğumların % 0.98'inde kalp hastalığı olduğu saptandı. Bu oran literatürde %0.16-4.5 olarak bulunurken 1981-1987 yıllarını kapsayan bir değerlendirmede de %0.27 bulunmuştur.⁹ Bayhan ve arkadaşları %2.3.¹⁰ Karadadaş ve arkadaşları ise %2.4 olarak saptamışlardır.¹¹ Kalp yetersizliğinden ölüm insidansı değişik bölgelere ve tarihlere göre %8.5 ile %12.3 arasında değişmektedir.^{12,13} Olgularımızda sadece bir maternal mortalite tespit edildi (%1.5). Bu olguda mitral yetmezlik, aort stenozu ve triküspit yetmezliği mevcuttu. Akut pulmoner ödem sonrası acil polikliniğimize eks olarak başvurduğu saptandı. Kalp hastalıklı gebelerde maternal mortalite ve morbiditeden korunabilmek için obstetrisyenin kardiyolog ve gerektiğinde kalp damar cerrahı ile çalışması önerilmektedir.⁹ Maternal mortalitenin en sık sebebi konjestif kalp yetmezliği, enfektif endokartit, var olan şantın ters dönmesi ve aritmilerdir.^{14,15} Lao ve arkadaşları serilerinde sıkı takip ve seçilen olguların erken gebelik haftalarında sonlandırılması ile maternal mortalite oranını en aza çektiklerini bildirmişlerdir.¹⁶ Enfektif endokarditten korumak için kalp hastalarına yapılan müdahalelerden önce profilaksi önerilir.^{9,15} Endokardit profilaksisi için bugün altın standartı yakalamış olan kombinasyon 2 gr iv. ampisilin ve 1.5 mg/kg im. veya iv. gentamisinidir. Penisilin allerjisi olan bireylerde 1 gr iv. vancomisinin 1.5 mg/kg iv veya im gentamisin ile kombinasyonu önerilir.¹⁷ Enjeksiyonlar planlanmış doğumlardan 1/2-1 saat önce ve 8 saat sonra yapılır.¹⁴ Kliniğimizde benzer profilaksi protokolü uygulandı. Biz olgularımızın hepsine profilaksi uyguladık. Enfektif endokardit ile karşılaştığımız hiç bir olgu olmadı. Bayhan ve arka-

daşlarının yapmış oldukları 50 hastalık bir seride de tüm hastalara profilaksi uygulanmış ve hiç bir olguda endokardit tespit edilmemiştir.¹⁰ Doğum eylemi ve erken postpartum dönem kalp hastalarında özellikle riskli dönemlerdir. Travayda ve doğum anında kalp atım hacminde %10 ile 65 oranında artış olur. Bu zaten kısıtlı kapasite ile çalışan kalbin yükünü daha da artırır. Ancak unutulmamalıdır ki, kalp hastalığı, kendisi bir sezaryen endikasyonu değildir.¹⁸ Bhatla ve arkadaşları kalp hastalığı ile komplike olmuş 293 gebede sezaryen oranını % 20.29 olarak bulmuşlardır.¹⁹ Shime ve arkadaşları konjenital kalp hastalığı olan gebelerde primer sezaryen oranını %21.8 olarak tespit etmiştir.¹⁵ Madazlı ve arkadaşlarının 86 gebeyi incelediği serisinde sezaryen oranı %32.5 olarak bildirmektedir.²⁰ Bizim çalışma grubumuzda bu oran %25.4 olup literatür ile benzerlik göstermektedir. Madazlı ve arkadaşlarının en sık sezaryen endikasyonları preeklampsi ve distozi olarak bildirilirken, bizim serimizde en sık sezaryen nedeni fetal distres olarak karşımıza çıktı. Aynı çalışmacılar müdahaleli doğumlarda en sık olarak forsepsi (%24) kullanırken, biz müdahale yöntemi olarak en sık (%34.3) vakum ekstraksiyonu kullandık. Kalp cerrahisindeki ilerlemeler, kompleks kalp anomalileri olan kişilerin bile, gebe kalarak doğum yapabilir yaşam kalitesine ulaşmasına olanak sağlamıştır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde kalp hastalığı ve gebelik olgularının önemli bir kısmını konjenital kalp anomalisi olan olgular oluşturmaktadır. Madazlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada konjenital kalp anomalisi olan olguların oranı % 3.5 iken bizim çalışmamızda ise bu oran daha yüksek olup % 7.46'dır.²⁰ Konjenital kalp hastalığı mevcut olan annelerin bebeklerinde konjenital kalp hastalığı insidansı %2.6-17.9 olarak bildirilmektedir.^{21,22} Bizim yaptığımız çalışmada perinatal dönemde bebeklerde herhangi bir kalp hastalığına rastlanmadı. Karadadaş ve arkadaşları¹¹ tarafından yapılan bir çalışmada, 103 gebeden 90 tanesi gebelik öncesi tanı alırken 13 tanesi gebelik esna-

sında tespit edilmiştir ve bu 13 hastanın ikisinde mitral stenoz, ikisinde mitral yetmezlik, üçünde mitral kapak prolapsusu ve dördünde ise kardiyak ileti bozukluğu tespit etmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki gebelerin 52 tanesi gebelik öncesi tanı alırken 15 olguda tanı son gebeliğinde konulduğu tespit edildi. Son gebeliği esnasında kalp hastalığı tanısı konulan gebelerin altısında mitral stenoz, altısında mitral yetmezlik, beşinde aort yetmezliği, birinde atrial septal defekt, birinde pulmoner stenoz ve birinde de triküspit yetmezliği tespit edildi.

Sonuç

Gebelikte kalp hastalıkları maternal ve fetal mortalite ve morbidite artışına yol açmaktadır. Bu hastaların gebelik öncesi kardiyolojik olarak değerlendirilmesi, gebeliğin ortaya çıkaracağı risklerin hastalara açıklanması gerekmektedir. Doğum esnasında ve müdahalelerde hastanın sıkı monitorizasyonu ve endokardit profilaksisinin yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Klein LL, Galan HL. Cardiac disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2004; 31(2): 429-59.
2. Gei AF, Hankins GD. Cardiac Disease and Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2001; 28(3): 465-512.
3. Ray P, Murphy GJ, Shutt LE. Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. *Br J Anaesth* 2004; 93(3): 428-39.
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(8): 953-8.
5. Cengiz C. Gebelik ve Kalp hastalığı. *Yeni Tıp Dergisi* 1995; 12: 101-3.
6. Sendag F, Cosan Terek M, Gundem G. Kalp hastalığı olan gebelere yaklaşım. *Klinik Bilimler&Doktor* 2001; 7(6): 864-8.
7. McFaul PB, Doman JC, Lamki H, Boyle D. Pregnancy complicated by maternal heart disease. A review of 519 women. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95(9): 861-7.
8. Sullivan JM, Ramanathan KB. Management of medical problems in pregnancy: severe heart disease. *N Engl J Med* 1985; 313(5): 304-9.

9. Askar N, Yucebilgin MS, Ulukus M, Panahi A. Kalp hastalıklı gebelerde maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin araştırılması. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1989; 28: 1239-45.
10. Bayhan G, Ülgen S, Yalinkaya A, Özdoğru A, Yayla M, Erden AC. Gebelik esnasında kalp hastalığı: 50 olgunun değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 2000; 8(1): 14-8.
11. Karadaş N, Şendağ F, Kilavuz H, Ulukuş M. Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 1990-1997 yılları arasındaki kalp hastalıklı gebelerin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 1999; 38(1): 17-20.
12. Irish Medical Association Maternal Mortality Committee Annual Reports. Incidence for death due to heart failure between 1964 to 1977 years. Dublin-Annual Reports; 1982.
13. Hibbard LT. Maternal mortality due to cardiac disease. *Clin Obstet Gynecol* 1975; 18: 27-36.
14. Clark SL. Cardiac disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991; 18(2): 237-56.
15. Shime J, Mocarski EJ, Hastings D, Webb GD, McLaughlin PR. Congenital heart disease in pregnancy: Short and long-term implications. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156(2): 313-22.
16. Lao TT, Sermer M, MaGee L, Farine D, Colman JM. Congenital aortic stenosis and pregnancy-A reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(3): 540-5.
17. Seaworth BJ, Durack DT. Infective endocarditis in obstetric and gynecologic practice. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154(1): 180-8.
18. Robson SC, Hunter S, Boys RJ, Dunlop W. Serial study of factors influencing changes in cardiac output during human pregnancy. *Am J Physiol* 1989; 256: 1060-5.
19. Bhatla N, Lal S, Behera G, Kriplani A, Mittal S, Agarwal N, et al. Cardiac disease in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82(2): 153-9.
20. Madazlı R, Ceydeli N, Tustas E, Sen C, Aksu F. Kalp hastalığı ve gebelik olgularının irdelenmesi. *Perinatoloji Dergisi* 1999; 7(1): 31-5.
21. Nora JJ, Nora AH. Update on counselling the family with first degree relative with a congenital heart defect. *Am J Med Genet* 1988; 29(1): 137-42.
22. Nora JJ, Nora AH. Maternal transmission of congenital heart disease: new recurrence risk figures and the questions of cytoplasmic interitance and vulnerability to teratogens. *Am J Cardiol* 1987; 59(5): 459-63.