



BÖLÜM 123

Gebelikte Doğal Kapak Hastalıklarının Yönetimi

Göktuğ SAVAŞ¹

GEBELİKTE GÖRÜLEN KARDİYOVASKÜLER DEĞİŞİKLİKLER

Gebelikte kan hacminde yaklaşık %30-50'lik bir artış görülür. Bu hipervolemik durum ilk trimesterde başlar, 20-24. gestasyonel haftalarda pik yapar ve son trimesterde bir miktar azalarak devam eder¹. Kalp hızı, genellikle, dakikada 10-20 vuru yükselir. Sistemik vasküler dirençte azalma ve ilişkili olarak kan basıncında düşüş görülür. Doğum eylemi sırasında ise, uterus kontraksiyonları ile kan basıncı artar. Ayrıca, doğumdan hemen sonra, vena cavanın dekompresyonu nedeniyle kardiyak doluş basınçlarının belirgin bir şekilde arttığı bildirilmiştir. Bu kardiyovasküler değişikliklerin doğumdan sonraki altı haftalık süreçte gerileyerek gebelik öncesi döneme döndüğü kabul edilir². Normal gebelik süresince görülen bu değişikliklerin bilinmesi gebe bir hastada kapak hastalıklarının değerlendirilmesinde önem arz etmektedir.

ÖZELLİKLİ KAPAK HASTALIKLARI

1) Mitral Darlığı

Romatizmal mitral darlığı gebelerde klinik bulgu veren en sık kapak hastalığıdır. Bu hastalık bazen

ilk kez gebelik esnasında fark edilir. Mitral darlıklı bir gebede gebeliğe bağlı artmış volum yükü ve kardiyak output; sol atriyal volum ve basınç artışına, pulmoner venöz doluş basınçlarının artmasına ve ilişkili olarak dispne ve egzersiz intoleransına sebep olur. Ayrıca gebeliğe bağlı artan kalp hızı, diyastolik doluş süresini kısaltarak sol atriyal basıncın yükselmesine katkı sağlar².

Mitral darlıklı gebelerin dahil edildiği bir çalışmada annede istenmeyen kardiyak olayları (pulmoner ödem, devamlı bradi/taşiaritmi, inme, kardiyak arrest veya ölüm) predikte eden parametrelerin mitral kapak alanının <1.5 cm² olması, gebelik öncesi fonksiyonel kapasitede kısıtlanma (>NYHA klas II), sistolik pulmoner arter basıncının (sPAB) >30 mmHg olması ve ileri anne yaşı olduğu bildirilmiştir³. Öte yandan, mitral darlıklı bir gebede premature doğum riskinin %20-30, intra-uterin gelişme geriliği riskinin %5-20, fetal kayıp riskinin %1-5 olduğu bildirilmiştir⁴. Fetal kayıp riski annenin fonksiyonel kapasitesindeki bozulma ile ilişkili olarak artmaktadır; NYHA klas IV semptomları olan mitral darlıklı bir gebenin fetal kayıp riski %30'dur⁵.

¹ Doç. Dr. Göktuğ SAVAŞ, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, goktug_savas@hotmail.com



lıktır. Kardiyak morbidite, semptomlara ve kapak darlığının ciddiyetine bağlıdır⁴. Asemptomatik orta aort darlığında gebelikte dekompanseasyon riski < %10 iken, semptomatik orta aort darlığında bu oran %25 'e ulaşmaktadır⁷. Gebelik öncesi egzersiz kapasitesi iyi olan, ileri aort darlıklı hastalarda gebelik tolere edilebilir. Fakat semptomatik ileri aort darlığında gebelik sıklıkla iyi tolere edilemez. Bu nedenle semptomatik veya asemptomatik olmasına rağmen sol ventrikül fonksiyon bozukluğu gelişmiş ileri aort darlığı olan kadınlara gebe kalmadan önce kapak cerrahisi yapılması önerilmektedir. Öte yandan, ileri aort darlığı olan asemptomatik, sol ventrikül fonksiyonları ve egzersiz testi normal olan kadınlar gebe kalmaktan vazgeçirilmemelidir⁴.

Eğer ileri aort darlıklı kadın gebe kaldıktan sonra başvurmuşsa ve uygun medikal tedaviye rağmen semptomatikse, deneyimli merkezlerde perkütan balon valvüloplasti uygulanabilir. Kapak cerrahisi diğer tedavi seçenekleri başarısız olduğunda ve annenin hayatını tehdit eden bir durum varsa son seçenek olarak uygulanabilir. Cerrahinin fetal kayıp riski göz önüne alındığında, bu grup hastalarda transkateter aort kapak replasmanı (TAVİ) da bir seçenek olabilir⁴. Fakat gebe hastalara TAVİ uygulanması ile ilgili tecrübe çok kısıtlıdır.

İleri aort darlıklı gebelerde ayda bir veya iki kez klinik ve ekokardiyografik takip önerilmektedir. Semptomatik ileri aort darlığında önerilen doğum şekli sezaryendir. Asemptomatik ileri aort darlığında doğum şekline karar verirken bireyselleştirilmiş yaklaşım önerilmektedir⁴.

4) Aort Yetersizliği

Gebe bir hastada aort yetersizliğinin muhtemel sebepleri; dilate aortik anulus (Marfan Sendromu), biküspit aorta veya geçirilmiş endokarditir. Gebelikte azalmış sistemik vasküler rezistans ve artmış kalp hızı aort yetersizliğinin regürjitan volumünün azalmasını sağlayacaktır. Bu nedenle, gebelikte sol ventrikül disfonksiyonuna yol aç-

mamış aort yetersizliği genellikle iyi tolere edilir. Öte yandan gebelik öncesi fonksiyonel kapasitesi sınırlanmış ve/veya sol ventrikül disfonksiyonu gelişmiş aort yetersizlikli kadınlarda, gebelikte istenmeyen kardiyak olay riski artmıştır.

Semptomatik gebelerde nifedipin, hidralazin gibi vazodilatörler ve yüksek dozlardan kaçınmak şartıyla diüretikler kullanılabilir². Önerilen doğum şekli vajinal doğumdur (epidural anestezi ve doğumun ikinci fazının kısaltılması önerilir)⁴.

5) Triküspit Yetersizliği

Primer triküspit yetersizlik nadir görülür, muhtemel sebepleri geçirilmiş endokardit ve Ebstein Anomalisi'dir. Sekonder triküspit yetersizlik daha sık görülür. Triküspit yetersizliğinde gebelikte istenmeyen kardiyak olay riskini belirleyen faktörler; sol taraflı kapak hastalığının ciddiyeti, pulmoner hipertansiyon varlığı/ciddiyeti ve sağ ventrikül fonksiyonlarıdır. Semptomatik gebelerde volüm yükünü azaltmaya yönelik konservatif tedaviler uygulanabilir. Ciddi semptomatik ileri triküspit yetersizliği olan kadınlara gebe kalmadan önce cerrahi (onarım) önerilmektedir⁴.

KAYNAKLAR

1. Van Oppen ACA, Van Der Tweel I, Alsbach GPJ, et al. A longitudinal study of maternal hemodynamics during normal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996;88:40-6.
2. Reimold SC, Rutherford JD. Clinical practice. Valvular heart disease in pregnancy. *N Engl J Med* 2003;349:52-9.
3. Van Hagen IM, Thorne SA, Taha N, et al. Pregnancy outcomes in women with rheumatic mitral valve disease: Results from the Registry of Pregnancy and Cardiac Disease. *Circulation* 2018;137:806-816.
4. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J* 2018 ;39:3165-3241.
5. Brady K, Duff P. Rheumatic heart disease in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1989;32: 21-40.
6. Bernal JM, Miralles PJ. Cardiac surgery with cardiopulmonary bypass during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1986;41:1-6.
7. Orwat S, Diller GP, van Hagen IM, et al. Risk of pregnancy in moderate and severe aortic stenosis: From the multinational ROPAC registry. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:1727-1737.