

Kalp Hastalığı ve Gebelik Olgularının İrdelenmesi

Rıza MADAZLI, Nuri CEYDELİ, Esra TUŞTAŞ, Cihat ŞEN, Feridun AKSU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

KALP HASTALIĞI VE GEBELİK OLGULARININ İRDELENMESİ

Amaç: Kliniğimizin kalp hastalığı ve gebelik olgularına ait deneyimini irdelemek. Kalp hastalığı olan gebelerin perinatal ve maternal sonuçlarını değerlendirerek, bu tip gebelere en uygun yaklaşımı belirlemeye çalışmak.

Materyal ve Metod: Kliniğimizde 1995 ile 1998 yılları arasında doğum yapan 86 kalp hastalığı ve gebelik olgusu retrospektif olarak irdelendi. Gebelerin, kalp hastalığının tipine ve New York Heart Association (NYHA) evrelerine göre, perinatal ve maternal sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Olguların % 68.6'sının romatizmal, %12.8'inin konjenital kalp hastalığı, %16.3'nün mitral valv prolapsu-su ve %2.3'nün kalpte ritim bozukluğu olduğu belirlendi. En sık saptanan romatizmal kapak hasarının mitral darlığı olduğu tespit edildi. Olguların % 87.2'sinin fonksiyonel olarak NYHA evre I-N'de olduğu saptandı. Takip edilen 86 gebede perinatal ve maternal mortalite gözlenmedi. Dört olguda maternal morbidite geliştiği belirlendi. NYHA'a göre evre I-II ve evre III-IV olan kalp hastaları arasında doğum kilosu, doğum haftası, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal morbidite açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Maternal morbidite ve sezaryen ile doğum oranlarının ise evre III-IV olan olgularda anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0.001$). NYHA'a göre evre I-M'de olan gebelerde, müdahaleli ve müdahalesiz vaginal doğumlar arasında maternal morbidite açısından fark saptanmadı.

Sonuç: Kalp hastalığı olan gebeler, bu konuda deneyimli kardiyolojist ve doğum hekiminin oluşturduğu bir ekip tarafından takip edilmelidir. Uygun yaklaşım ve ekip anlayışı ile olguların büyük bir kısmında ciddi sorunlar yaşanmadan çocuk sahibi olunulabilir. (*Perinatoloji Dergisi* 1999; 7: 31-35)

Anahtar kelimeler: Kalp hastalığı, Gebelik, Maternal morbidite

SUMMARY

PREGNANCIES COMPLICATED BY MATERNAL HEART DISEASE

Objective: To evaluate the pregnancies complicated by maternal heart disease.

Study Design: Retrospective, observational study.

Material and Methods: 86 pregnancies complicated by maternal heart disease and delivered at Cerrahpaşa Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynaecology

Main Outcome Measures: Cardiac risks among specific forms of heart disease and severity, perinatal and maternal mortality and morbidity

Results: Most of the cases had rheumatic heart disease (68.6%) and the most frequent lesion seen was mitral stenosis. Most of the patients (87.2%) were with NYHA functional class I or II. There were no perinatal or maternal mortality and maternal morbidity developed in 4 of the cases during pregnancy. There were no significant difference between NYHA functional class I or II and III or IV cases in terms of birth weight, gestational age at delivery and perinatal morbidity. Maternal morbidity and C/S rate were significantly higher in NYHA functional class III or IV cases. Mode of vaginal delivery (operative or spontaneous) was found to have no influence on maternal morbidity in cases with NYHA functional class I or II.

Conclusion: Medical care for pregnant women with heart disease is best provided through the cooperative efforts of a cardiologist and an obstetrician familiar with these kinds of cases. With this kind of team approach, in most of the cases it will be possible to have a satisfying result for both mother and fetus. (*Turkish J Perinatology* 1999; 7: 31-35)

Key Words: Heart disease, Pregnancy, Maternal morbidity

Kardiyoloji ve obstetrik alanındaki gelişmeler, kalp hastalığı olan gebelerin takibinde ve tedavisinde önemli ilerlemelere neden olarak, günü-

müzde pek çok kalp hastasının gebeliğinin sorunsuz geçmesine ve olumlu sonuçlanmasına olanak sağlamıştır. Gebelikte kalp hastalıklarına yaklaşım, son yüzyıl içinde önemli değişikliklere sahne olmuştur. Yüzyılın başlarında, kapak hastalığı olan kişilerde gebeliğin kontraendike olduğu düşün-

Yazışma Adresi: Dr. Rıza Madazlı
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği/İst,

lürken, son yıllarda, kalp hastalığının çok nadiren gebeliğin sonlandırılması için bir gerekçe olabileceği kabul edilmektedir (1,2).

Bu konudaki bütün bu olumlu gelişmelere karşın, yine de unutulmamalıdır ki, gebelikteki fizyolojik değişiklikler kalp hastaları için önemli bir yüküdür. Kalp hastalıkları günümüzde de önemli bir maternal mortalite ve morbidite nedenidir (3). Bu tür gebeler, bir ekip anlayışı içinde, kadın doğum hekimi ve kardiyologun yakın işbirliği ile takip edilmelidir. Daha da iyisi, bu işbirliğinin gebe kalmadan önce başlaması, aile ile olası risklerin tartışılması ve en uygun koşullarda gebe kalınmasının sağlanmasıdır. Bu ekibin içine, kalp hastaları için özellikle önem taşıyan doğum ve erken postpartum dönemde uygun analjezi ve anesteziyi uygulayacak anesteziistin katılmasında da büyük yarar vardır. Dolayısıyla kalp hastası olan gebelerde, anne ve çocuk açısından istenilen amaçlara ulaşabilmek için multidisipliner, yakın ve dikkatli bir yaklaşım gereklidir.

Daha önce kalp hastası olduğu bilinmeyen gebelerde, kalp hastalığının gebelikte tanısının konulabilmesi için, kadın doğum hekiminin, gebelikte sık rastlanabilecek taşikardi ve dispne gibi şikayetleri önemsemesi gerekir. Romatizmal kalp hastalığı sıklığının oldukça yüksek olduğu ülkemizde, bu tür yaklaşım daha da önem kazanır. Kardiyovasküler cerrahi alanındaki gelişmeler sayesinde de konjenital kalp hastalığı olan kişilerin yaşam sürvivaleri ve kalitelerinde çok önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu sayede kompleks kalp anomalisi olan olgular bile, gerekli ameliyatlarını olduktan sonra çocuk sahibi olabilir hale gelmişlerdir. Gelişmiş ülkelerde, konjenital kalp anomalili gebelerin oranı, romatizmal kalp hastalığı olanların önüne geçmiştir (4). Bu tür gebelerin takibi konusunda da, gerekli deneyime sahip olma ihtiyacı vardır.

Çalışmamızda, kliniğimizin son dört yıl içindeki kalp hastalığı ve gebelik olgularına ait deneyimini irdelemeyi amaçladık. Romatizmal ve konjenital kalp hastalığı olan gebelerin perinatal ve maternal sonuçlarını değerlendirdik. Bulgulardan hareketle, kalp hastalığı ve gebelik olgularına en uygun yaklaşımı belirlemeye çalıştık.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde 1995 ile 1998 yılları arasında doğum yapan 86 kalp hastalığı ve gebelik olgusu retrospektif olarak irdelendi. Kalp hastalığı olan gebelerden 40 tanesi antenatal takipleri kliniğimiz dışında yapılarak doğum için kliniğimize sevk edilen, geriye kalan 46'sı ise antenatal takipleri de kliniğimizde yapılan olgulardı. Gebelerin doğum, yenidoğan dosyaları ve kliniğimizde takip edilen ol-

Tablo 1: Kalp Hastalığı ve Gebelik Olgularının Klinik Özellikleri

N	86
Yaş (ort ± sd)	27.4 ± 5.2
Nullipar (n, (%))	38, (44.2)
Doğum hafta (ort ± sd)	38.6 ± 1.8
Doğum kilo (gr) (ort ± sd)	3228 ± 525
Sezaryen (n, (%))	28 (32.5)
IUGG (n, (%))	1 (1.1)
Perinatal mortalite	-
Maternal mortalite	-

guların antenatal takip formları incelendi. Olguların kalp hastalıklarının öyküleri, şikayetleri ve gebelik süresince gösterdiği değişiklikler, kardiyoloji konsültasyonları, maternal ekokardiyografi bulguları ve kullandıkları tedaviler değerlendirildi. Bu değerlendirmeler sonucuna göre gebeler, New York Heart Association'ın (NYHA) ortaya koyduğu fonksiyonel sınıflamaya göre Evre I ile IV arasında sınıflandırıldı (5). Doğum dosyalarından, doğum haftaları, doğum kiloları, doğum şekilleri, yenidoğan dosyalarından ise yenidoğana ait bilgiler değerlendirildi.

Gebelerin, kalp hastalığının tipine ve NYHA evrelerine göre, perinatal ve maternal sonuçları değerlendirildi. Maternal morbidite gelişen olgular irdelendi. Kalp hastalığı ve gebelik olgularında doğum şeklinin, maternal ve perinatal sonuçlar üzerine etkisi araştırıldı.

İstatistiksel değerlendirmede, ki kare ve Student t testi kullanıldı.

BULGULAR

Kliniğimizde doğum yapan kalp hastalığı ve gebelik olgularının klinik özellikleri Tablo-1'de gösterildi. Takip edilen 86 gebede perinatal ve maternal mortalite gözlenmedi. Gebelerin iki tanesinde kalp hastalığı tanısının gebelik takibi sırasında konulduğu, diğerlerinde ise kalp hastalığının gebelik öncesi de bilindiği belirlendi. Olguların 59'unda (% 68.6) romatizmal kalp hastalığı, 11'inde (%12.8) konjenital kalp hastalığı, 14'ünde (%16.3) mitral valv prolapsusu ve 2'sinde (%2.3) kalpte ritim bozukluğu (bir olgu atrioventriküler ekstrasistol, bir olgu ventriküler erken atım) olduğu saptandı.

Romatizmal kalp hastalığı olan olguların NYHA sınıflaması ve kapak hastalığı cinsine göre dağılımı Tablo-2'de belirtildi. Bu gebelerin 14'ünde (14/59, %23.7) gebeliklerinde digoksin kullanma ihtiyacı olduğu belirlendi. En sık saptanan kapak hasarının, olguların % 57.6'sında gözlenen mitral darlığı (16 olguda tek, 18 olguda ise diğer kapak hasarlarıyla birlikte) olduğu tespit edildi. Mitral kapak alanı 1.5

Tablo 2: Romatizmal Kalp Hastalığı Olan Olguların NYHA Sınıflaması ve Kapak Hastalığı Cinsine Göre Dağılımı

NYHA	I	II	III-IV	Toplam
Aort darlığı		1		1
Aort yetmezliği		1	1	2
Mitral darlık	4	10	2	16
Mitral yetmezlik	3	1		4
Mutipli kapak	13	14	4	31
Mitral kapak replasmanı	5			5

Tablo 3: Konjenital Kalp Hastalığı Olan Olguların NYHA Sınıflaması ve Kalp Hastalığının Cinsine Göre Dağılımı

NYHA	I	II	III-IV	Toplam
Biküspid aorta	1		1	2
Opere Ebstein	1	1		2
Opere Fallot		1		1
ASD	2		1	3
VSD	1		2	3

cm² ve altında olan 12 olgudan, 6'sının (%50) fonksiyonel olarak NYHA III-IV'üncü evrede olduğu ve 10'unda (%83-3) digoksin kullanma ihtiyacı olduğu; buna karşılık 1.5 cm² üzerinde olan 22 olgunun tamamının NYHA I-IFinci evrede olduğu ve digoksin kullanma ihtiyaçları olmadığı belirlendi. Ancak gebelik süresince atrial fibrilasyon gelişen iki olguda da kapak alanın 1.7 cm² olduğu gözlemlendi. Gebe kalmadan önce mitral kalp replasmanı operasyonu geçiren ve antikoagulan tedavi altında olan 5 gebenin kardiyak açıdan sorunsuz olduğu ve gebeliklerinin de sorunsuz geçtiği gözlemlendi.

Konjenital kalp hastalığı olan olguların NYHA sınıflaması ve kalp hastalığının cinsine göre dağılımı Tablo-3'de belirtildi. Ebstein ve Fallot anomalileri nedeniyle kalp operasyonu yapılan 3 gebenin sorunsuz bir gebelik dönemi geçirerek, miadında sağlıklı doğumlar yaptıkları belirlendi. Geniş (2.5 cm) VSD'si olan ve pulmoner arter basıncı doppler ile 125 mmHg hesaplanan bir gebe medikal tedavi ile takip edilerek miadında vaginal doğum yaptı. VSD nedeniyle gebelik öncesi operasyon geçiren 2 gebeden birinde, operasyon nedeniyle oluşan atrioventriküler tam blok nedeniyle bradikardi ve hipotansiyon semptomları olup, pacemaker takılmasına gerek olmadığına karar verilerek takip edildi ve gebeliği sorunsuz tamamlandı. ASD nedeniyle opere edilen ikinci gebede herhangi bir problem yaşanmazken, ASD ile birlikte pulmoner stenozu olan bir gebede ise gebelik takibinde kalp yetmezliği gelişti ve medikal tedavi ile takip edilerek miadında doğum yaptı.

Maternal ekokardiyografi ile mitral valv prolapsusu tanısı konan 14 gebenin 7'sinde (%50) hafif mitral yetmezliği bulunduğu belirlendi. Mitral valv prolapsusu olan gebelerin, hafif mitral yetmezliği olsun yada olmasın, gebeliklerinde herhangi bir medikal tedaviye ihtiyaç duymadıkları ve gebeliklerinin sorunsuz geçtiği saptandı.

Kalp hastalığı ve gebelik nedeniyle takip edilen 86 olgunun NYHA sınıflarına göre klinik özelliklerinin dağılımı Tablo-4'de gösterildi. Olguların % 87.2'sinin (75/86) NYHA evre I-II'de olduğu saptandı. Evre III-IV'de olduğu saptanan gebelerden

6'sında ciddi mitral stenoz, birinde ileri derecede aort yetmezliği, birinde ileri derecede aort yetmezliği olan biküspid aorta, birinde geniş VSD, birinde VSD operasyonu sonrası atrioventriküler tam blok ve birinde de ASD ile birlikte pulmoner stenoz olduğu belirlendi. NYHA göre evre I-II ve evre III-IV olan kalp hastaları arasında doğum kilosı, doğum haftası, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal morbidite açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Maternal morbidite ve sezaryen ile doğum oranlarının ise evre III-IV olan olgularda anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi (p<0.001). Maternal morbidite, dört olgudan üçünde antepartum, birinde ise erken postpartum dönemde gelişti (Tablo-5). Mitral stenoz (kapak alanı 1.7 cm²), triküspit ve aort yetmezliği olan gebede 37. gebelik haftasında şuur bulanıklığı ve nörolojik bulguların gelişmesi üzerine yapılan bilgisayarlı beyin tomografisinde serebral emboli tanısı konuldu, gerekli tedavisi yapıldıktan sonra sezaryen ile doğurtuldu, postpartum dönemi sorunsuz geçti. İleri derecede aort yetmezliği olan ve 31. gebelik haftasında hipotansiyon ve senkop gelişen gebe medikal tedavi ile takip edildi ve 34. gebelik haftasında spontan vaginal doğum yaptı. Mitral kapak alanı 1.7 cm² olan bir gebede ise 27. gebelik haftasında atrial fibrilasyon gelişti, hospitalize edilerek gerekli medikal tedavisi yapılan gebenin daha sonraki takibi sorunsuz geçti ve 40. gebelik haftasında vaginal doğum yaptı. Pulmoner arter stenozu ve atrial septal defekti olan ve 38. gebelik haftasında sezaryen ile doğum yapan gebe, doğum sonrası kardiyak sorunun ağırlaşması nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takip edilmek zorunda kaldı.

NYHA'a göre evre I-II'de olan 75 gebenin 23'ü (%30.6) sezaryen, 20'si (%26.6) vakum veya forseps ile vaginal doğum ve 35'i (%42.8) ise müdahalesiz vaginal doğum ile doğurdu. Bu gruptaki sezaryen endikasyonları kalp hastalığı dışındaki endikasyonlardı. Müdahaleli ve müdahalesiz vaginal doğumlar arasında, gebelerde doğum eylemi ve erken postpartum dönemde gözlenen dispne ve taşikardi açısından fark saptanmadı. NYHA'a göre evre III-IV'de olan 11 gebenin 5'i (%45) sezaryen, 3'ü (%27.2) vakum veya forseps ile vaginal

doğum ve 3'ü (%27.2) ise müdahalesiz vaginal doğum yaptı. Sezaryen endikasyonunun olguların 4'ünde kalp hastalığı olduğu belirlendi. Postpartum maternal morbidite saptanan tek olgunun da sezaryen ile doğurduğu belirlendi.

TARTIŞMA

Kardiovasküler sistemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, gebeliğin, kalp hastalığı olan kadınlarda risk taşımasına nedendir. Kalp hastalığı ve gebelik olgularında perinatal, maternal mortalite ve morbidite, mevcut kalp hastalığının cinsine, hastanın kardiyak açıdan fonksiyonel durumuna ve gebeliğe bağlı komplikasyonların gelişip, gelişmediğine bağlıdır.

Romatizmal kalp hastalıkları, günümüzde, gelişmiş ülkelerde hızla azalırken, gelişmekte olan ülkelerde, gebelikte kalp hastalığının neden olduğu mortalite ve morbiditenin en önde gelen sebebi olmaya devam etmektedir (6). Kliniğimizde doğum yapan kalp hastalarının %69'u da romatizmal kalp hastalığı olan gebelerdir. Bu bulgu da ülkemiz açısından romatizmal kalp hastalıklarının önemini koruduğunu ve bu açıdan gerekli önlemlerin daha etkili olarak alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Mitral kapak darlığı, romatizmal ateş sonrası en fazla oranda gelişen kapak lezyonudur (6). Romatizmal kalp hastalığı olan gebelerde, mortalite ve morbiditeden en fazla sorumlu olan kapak lezyonu da mitral kapak darlığıdır (7). Gebeliğe bağlı olarak oluşan kalp atım hacminde artma, taşikardi, su ve tuz tutulumu mitral darlığı olan gebelerde kalp probleminin ağırlaşmasına neden olur. Kalp atım hacmi 28 ile 34. gebelik haftalarında en üst düzeye çıktığından ve doğum eylemi de kalbin yükünü daha da arttırdığından, mitral darlığı olan gebelerde kalp yetmezliği ve ölüm riski üçüncü trimestir ve erken postpartum dönemde en yüksek düzeye çıkar (6,7). Maternal mortalite üzerine etkili önemli bir diğer faktör de atrial fibrilasyonun gelişmesidir. Mitral kapağın genişliğinin gebeliğe etkisini değerlendirdiğimizde, çalışmamızdan çıkan sonuç, mitral kapak alanının 1.5 cm² ve altında olmasının kalp yetmezliği gelişimi (digoksin kullanma ihtiyacı doğması) ve fonksiyonel yetersizlik açısından yüksek risk taşıdığıdır. Mitral kapak alanı 1.5 cm² üzerinde olan olgularımızda gebeliğin iyi tolere edilmesine karşın, atrial fibrilasyon gelişen iki olgunun da kapak alanının 1.7 cm² olması, bu olgularda da dikkatli olunması gerektiğini ortaya koymaktadır. Literatürde de, hafif ve orta derecede mitral darlıkta atrial fibrilasyon gelişmediği sürece gebeliğin sorunsuz geçeceği bildirilmektedir (7). Bazı araştırmacılar kapak alanı 1 cm² ve altında olan olgularda gebelik esnasında operasyon

Tablo 4: Kalp Hastalığı ve Gebelik Nedeniyle Takip Edilen 86 Olgunun NYHA Sınıflarına Göre Klinik Özelliklerinin Dağılımı

NYHA	I-II	III-IV	p
N	75	11	
Doğum hafta (ort ± sd)	38.7±1.7	37.6±1.7	0.06
Doğum kilo (gr) (ort ± sd)	3261±534	3001±407	0.12
IUGG (n, (%))	1, (1.3)	-	
Sezaryen (n, (%))	23, (30.6)	5, (45.5)	<0.01
Perinatal morbidite	-	-	
Maternal morbidite(n,(%))	1, (1.3)	3, (27.3)	< 0.01

önermektedir (8). Mitral kapak alanı 0.9 ve 1 cm² olan iki olgumuz medikal tedavi ile takip edilerek sağlıklı doğumlar yapmışlardır. Ciddi miktar kapak hasarı olan kişilerin, kapak replasmanı sonrası gebe kalmaları önerilmektedir (7). Çalışmamızda da mitral kapak replasmanı olan 5 olgunun gebelediği son derece iyi tolere ettiği gözlenmiştir. Dolayısıyla, ciddi kapak hasarı olan kişilere kanımızca da, kapak replasmanı sonrası gebe kalmalarını önermek uygundur. Diğer romatizmal kapak lezyonlarından mitral yetmezlik, aort yetmezliği ve darlığının gebelikte önemli sorun yaratmayacağı ve kombine lezyonlarda belirleyici faktörünün mitral kapaktaki sorun olacağı bildirilmektedir (6). Bizim serimizde de bu yorumu destekleyici bulgular ortaya çıkmıştır.

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. Çalışmamızda, bir Fallot tetralojisi ve iki Ebstein anomalisi nedeniyle opere edilen üç gebe, sorunsuz gebelikler geçirerek, sağlıklı doğumlar yapmışlardır. Literatürde de, operasyon sonrası kardiyak açıdan problemi olmayan Fallot ve Ebstein anomalili olgularda gebelik sonuçlarının genel popülasyondan farklılık göstermediği yönündedir (7). Konjenital kalp anomalili olgularda unutulmaması

Tablo-5 : Kalp Hastalığı ve Gebelik Olgularında Saptanan Maternal Morbiditeler

Kalp hastalığı	Tipi*	NYHA Evre	Morbidite
Pulmoner stenoz+ASD	KKH	III	postpartum 1 gün yoğun bakım
Aort yetmezliği (şiddetli)	RKH	IV	antepartum senkop
Multiple kapak hastalığı	RKH	III	antepartum serebral emboli
Mitral darlık	RKH	II	antepartum atrial fibrilasyon

*KKH: Konjenital kalp hastalığı, RKH: Romatizmal kalp hastalığı

gereken önemli bir nokta, fetusda da kalp anomalisi olma riskinin arttığıdır (9). Bundan dolayı, bu tip gebelerde antenatal takipte, fetal ekokardiyografi ile fetusun kalbinin mutlaka değerlendirilmesi gerekir. Konjenital anomalili olgulardan geniş (2.5 cm) VSD'si ve pulmoner hipertansiyonu (125 mm Hg) olan gebe, 26. gebelik haftasında takibimize alınan, 34. gebelik haftasından itibaren hastanede medikal tedavi ile kontrol altında tutulan ve doğum eylemi süresince yakın kardiyak monitorizasyon ile miadında vaginal doğumu yapılan bir olgudur. Soldan sağa şant olan anomalilerde, pulmoner hipertansiyonun gelişmesi Eisenmenger sendromu olarak tanımlanır (7). Eisenmenger sendromunda, gebelik son derece risklidir ve maternal mortalite %30 ile 70 oranlarında bildirilmektedir (10). Bu tip olgularda ani anne ölümü, gebeliğin herhangi bir döneminde, doğumda veya erken postpartum dönemde olabilir ve Eisenmenger sendromlu kadınların gebe kalmamaları önerilmektedir (2).

Mitral valv prolapsus'u genç kadınlarda sıkça rastlanan ve semptomatik olmadığı sürece gebelik açısından önemli bir problem oluşturmayan bir patolojidir (6). Takip ettiğimiz mitral valv prolapsuslu olgularda da gebelikte herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır.

Kalp hastalığı olgularını fonksiyonel olarak değerlendirdiğimizde, çok büyük bir kısmının NYHA sınıflamasına göre I ve II. evrede olduğu ve bu olguların gebeliği iyi tolere ettiği gözlemlendi. Fonksiyonel açıdan kardiyak ciddi sorunu olmayan gebelerin, gerek fetus ve gerekse de anne açısından gebelik sonuçlarının, genel popülasyondan anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varıldı. NYHA'ya göre III ve IV. evrede olan gebelerde de çalışmamızda perinatal mortalite ve morbidite gözlemlenmedi. Dolayısıyla çalışmamızdan çıkan sonuç, kalp hastalığı olan gebelerde uygun antenatal takip ile fetusun prognozunun genel anlamda yüz güldürücü olduğudur. Maternal mortalite ve morbidite açısından, takip ettiğimiz olgularda anne ölümü olmadı, ancak serebral emboli ve atrial fibrilasyon gibi ciddi morbiditeler gelişti. Özellikle ciddi kardiyak problemleri olan olgularda, gebelik anne için tehlikeli olabilmekte ve bu olguların çok yakın takibi gerekmektedir.

Doğum eylemi ve erken postpartum dönem kalp hastalarında özellikle riskli dönemlerdir. Travayda ve doğum anında kalp atım hacminde %10 ile 65 oranında artış olur (11). Bu zaten kısıtlı kapasite ile çalışan kalbin yükünü daha da artırır. Ancak unutulmamalıdır ki, kalp hastalığı, kendisi bir sezaryen endikasyonu değildir. Sezaryen sırasında uygulanacak aneztesinin de ciddi tehlikeleri vardır.

Doğumun ikinci evresini kısaltmak amacıyla forseps veya vakum uygulaması önerilen yöntemlerdir. Ancak çalışmamızın sonuçlarına göre, fonksiyonel olarak ciddi sorunu olmayan kalp hastalarında (NYHA I-II) rutin vakum veya forseps uygulamasına gerek yoktur. Literatürde de bu yönde görüş ağırlık kazanmaktadır (6). Sonuç olarak kalp hastalarında vaginal doğum tercih edilmelidir. Ancak intrapartum ve erken postpartum dönemde çok sıkı kardiyak monitorizasyon ve takip uygulanmalıdır. Özellikle ciddi kardiyak problemi olan olguların, doğum hekimi, kardiyolojist ve aneztesiyo-lojistten oluşan ve acil müdahaleler konusunda deneyimli bir ekip tarafından doğurtulmasında büyük yarar vardır.

Kalp hastalığı olan gebeler, bu konuda deneyimli kardiyolojist ve doğum hekiminin oluşturduğu bir ekip tarafından takip edilmelidir. Daha da iyisi, kalp hastalarının gebe kalmadan önce değerlendirilerek, gebelikle ortaya çıkabilecek sorunlar konusunda bilgilendirilmesi ve gereken durumlarda kalp sorununun cerrahi tedavisinden sonra gebe kalmalarının sağlanmasıdır. Uygun yaklaşım ve ekip anlayışı ile, kalp hastalığı olan gebelerde, ciddi sorunlar yaşamadan çocuk sahibi olabilirler.

KAYNAKLAR

1. Jensen T: The heart in pregnancy. St. Louis, CV Mosby Co, 1938
2. Cheitlin MD: Cardiac problems in pregnancy. Maternal aspects to the pregnant patient with heart disease. JAMA 1984; 251:2838-9
3. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. 1982-84, 1985-87, 1988-90, 1991-93, (1989,1991,1994,1996). London: HMSO
4. McFaul PB, Dorman JC, Lamki H: Pregnancy complicated by maternal heart disease. A review of 519 women. Br J Obstet Gynecol 1988; 95:861-8
5. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels, ed 8. New York Heart Association, 1979
6. Riberio P, Al Zaibag M: Rheumatic heart disease. In Oakley C (ed). Heart disease in pregnancy. London, BMJ Publishing Group, 1997: 112-27
7. Shabetai R: Cardiac Diseases. In Creasy RK, Resnik R (eds). Maternal - fetal Medicine 4th ed. London, WB Saunders Comp., 1999: 793-819
8. Noller KL, Weinbaum PJ: Cardiac surgery. In Gleicher (ed). Principles and practice of medical therapy in pregnancy, 2nd ed. California, Appleton and Lange, 1995:834-40
9. Connolly HM, Warnes CR: Ebstein's anomaly: Outcome of pregnancy. J Am Coll Cardiol 1994; 23: 1194
10. Yentis SM, Steer PJ, Plaat F: Eisenmenger's syndrome in pregnancy: maternal and fetal mortality in the 1990s. Br J Obstet Gynecol 1998; 105: 921-2
11. Robson SC, Hunter S, Boys RJ et al: Serial study of factors influencing changes in cardiac output during human pregnancy. Am J Physiol 1989; 256: 1060-5