

Olgu Sunumu

Aortokoroner Baypas Operasyonu Geçiren Bir Hastada Başarılı Gebelik Takibi: Olgu Sunumu

Dr. Zeki Yüksel GÜNAYDIN*, Dr. Yasemin KAYA**, Dr. Yavuz Kürşat POLAT**, Dr. Ahmet KAYA*

* Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ordu

** Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Ana Bilim Dalı, Ordu

Özet

Koroner arter hastalığı günümüzde en önemli mortalite nedenidir ve gün geçtikçe daha erken yaşlarda gözlenmeye başlanmıştır. Sigara kullanımının artması, diyabetin erken yaşlarda ortaya çıkması ve stresli yaşam tarzı bunun başlıca sebepleri arasında gösterilmektedir. Günümüzde evlenme yaşının eskiye göre artması, infertilitedeki gelişmeler, kişisel tercihler kadınların daha ileri yaşlarda (35-45) gebe kalmalarına sebep olmaktadır. Tüm bunların neticesinde gebelerde koroner arter hastalığı görülme sıklığının daha da artması beklenmektedir. Koroner baypas operasyonu olmuş gebelerin yönetimi ile ilgili bir tedavi kılavuzu bulunmamaktadır. Biz burada 36 yaşında koroner baypas operasyonu olmuş, iki yıl sonrasında ise gebe kalmış ve başarılı gebelik geçirmiş hastayı sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Gebelik ve koroner arter hastalığı, Gebelerde koroner baypas operasyonu

Successful Pregnancy in a Patient who Had Aortocoronary By-Pass Surgery

Summary

Today coronary artery disease is the main important cause of mortality and day by day it is observed more earlier ages. Increased use of cigarettes, the emergence of diabetes at early ages, stressful lifestyle are illustrated as the primary reason of this case. The increase in age at marriage according to former, male infertility advances, personal preferences of women (35-45) resulted to conceive at older ages. Therefore in the near future the incidence of coronary artery disease in pregnant is expected to increase. There is no guideline about management of pregnant women who had coronary by-pass surgery. Here we present a patient who had a coronary surgery at 36 year-old and had been conceived 2 years after operation and had a successful pregnancy that we have not encountered before in the literature .

Key Words: Pregnancy and coronary artery disease, Aorto coronary by-pass operation in pregnant

Olgu Sunumu

Otuzaltı yaşında bayan hasta menstruasyonda gecikme olması üzerine Kadın Doğum Kliniği'ne başvurdu. Yapılan tetkiklerde 5 haftalık gebe olduğu tespit edilen hasta öncesinde koroner baypas operasyonu olması nedeniyle kardiyoloji polikliniğine konsültasyon amacıyla yönlendirildi.

Kardiyoloji polikliniğinde koroner arter hastalığı açısından değerlendirilen hastanın özgeçmişinde 10 paket/ yıl sigara kullanımı, hipertansiyon mevcut idi. 2 yıl önce stabil angina pectoris tarif eden hastaya pozitif eforlu stres elektrokardiyografi sonrası koroner an-

jiografi uygulanmış, sol ön inen arter proksimalinde %80 darlık tespit edilmiş, diğer damarlarda ise kritik darlık izlenmemiş. O dönemde tek damar (lad-lima) aorto-koroner baypas greft operasyonu gerçekleştirilmiş. Operasyon sonrası asetil salisilik asit (ASA) 100 mg, metoprolol 25 mg, ramipril 5 mg tedavisi düzenlenmiş ve halen bu ilaçları kullanmakta idi. Koroner baypas operasyonu öncesi yapılan değerlendirmede herhangi bir genetik hastalığa, ailevi hiperkolesterolemiye rastlanmamış. Hikayesinde annesinin de 45 yaşında koroner baypas operasyonu olduğu öğrenildi. Hasta biri 10, diğeri de 5 yıl önce olmak üzere 2 tane normal doğum eylemi gerçekleştirmiş idi.

Başvuru esnasında tansiyon arteryel 110/70 mmHg, nabız 96/ritmik, elektrokardiyografisi sinüs taşikardisi ile uyumlu idi. Fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Angina, nefes darlığı tariflemiyordu. Ekokardiyografisinde sol ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyonları normal idi. Gebelik ile ilgili hem hastaya hem de fetusa ait olası riskler anlatılmasına rağmen, hasta gebeliğin devamı kararını verdi.

Tansiyon değerlerinin yüksek seyretmemesi ve olası riskleri yönünden anjiyotensin converting enzim inhibitörü (ACEI) (ramipril 5 mg) ve beta bloker (metoprolol 25 mg) kesilerek ASA 100 mg tedavisine devam edildi. Takiplerinde 20. haftada tansiyon arteryel değerlerinin sistolik 160-170 diyastolik 85-95 mmHg'lere çıkması üzerine alfa metildopa 250 mg 2x1 başlandı ve sonrasında tansiyon değerleri normal sınırlara geriledi ve gebeliği boyunca aynı dozda devam edildi. Hastanın gebe kaldıktan sonra 1. 3. 6. ve 9. ayda kontrol ekokardiyografileri yapıldı. Sistolik ve diyastolik fonksiyonları normal izlendi. Gebeliği henüz farketmediği ilk trimesterde kullanmış olduğu ilaçların olası yan etkilerine yönelik yapılan tetkiklerde (hormon testleri ve ikinci düzey ultrason) fetüste anormallik saptanmadı. Gebelik esnasında gebenin efor kapasitesinde bir azalma olmadı. Gebelik süresince kadın-doğum kliniği ile koordineli bir çalışma yürütülen hastanın karaciğer enzimlerinde artış, idrarda proteinüri, trombosit sayılarında azalma izlenmedi.

Hastamıza normal doğum eyleminde karşılaşılabileceği komplikasyonlar anlatıldı. Sezeryanla doğum önerildi ancak hasta kabul etmedi. Epidural anestezi ile sorunsuz normal doğum gerçekleşti. Hastamız ve 3100 gr sağlıklı bebeği taburcu edildi. Doğum sonrası 1. ve 2. ayda yapılan kontrollerde anne ve bebeğin sağlığında tıbbi bir sorun oluşmadı.

Tartışma

Kadınların doğurganlığı genellikle erken yaşlarda (20-40) olduğundan, bu yaş grubunda ciddi sağlık problemleri başta koroner arter hastalığı görülme riski oldukça azdır ve kalp-damar hastalıkları gebelerde yaklaşık olarak %0,4-4,1 oranında görülmektedir. Bununla beraber koroner arter hastalığı gebelerin sadece %0,01'inde gözlenmektedir.¹ Son zamanlarda gebelerde miyokard enfarktüsüne yaklaşımla ilgili bazı yayınlar bulunmasına rağmen, stabil angina pectoris veya

miyokard enfarktüsü hikayesi ve özellikle koroner baypas operasyonu geçiren gebelere yönelik kesin kabul gören bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır.² Bundan dolayı koroner arter hastalığına sahip gebelerin, gebelik esnasında ve sonrasında yönetimi ile ilgili bilgi eksikliği mevcuttur.

Sigara kullanımının artması, diyabetin erken yaşlarda ortaya çıkması ve stresli yaşam tarzı koroner arter hastalığının daha erken yaşlarda görülmesine sebep olmuştur.³ Eskiye göre geç yaşta evlilikler, infertilitedeki gelişmeler, kişisel tercihler bayanların geç yaşta gebe kalmalarına sebep olmaktadır.⁴ Dolayısıyla yakın gelecekte gebelerde koroner arter hastalığı görülme sıklığı artacaktır. Bizim hastamız 36 yaşında koroner arter hastalığı tespit edilmesi üzerine koroner baypas ameliyatı geçirmiş ve buna hastanın ailesel yatkınlığına sigara içiciliği, hipertansiyon gibi risk faktörlerinin eklenmesinin sebebiyet vermiş olabileceği düşünüldü.

Gebelikte fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir, hemodinamik ve hemostatik değişiklikler, doğum eylemi, doğum sonrası kardiyovasküler sistemi ciddi derecede etkilemektedir. Kan volümünün, nabızın ve kardiyak outputun artması miyokard oksijen ihtiyacını arttırmaktadır. Koroner arter hastalığı olan gebelerde bu fizyolojik değişiklikler anginal ağrıya ve kardiyak fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir.³ Hastamızın takipleri süresince sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu normal sınırlarda seyretti, göğüs ağrısı veya nefes darlığı gibi miyokard oksijen ihtiyacına bağlı kardiyak semptomlar meydana gelmedi. Kronik hipertansiyon olarak değerlendirilen hasta gebelik süresince alfa-metildopa (250 mg x 2) tedavisi ile takip edildi ve tansiyon arteryel değerlerinde artış izlenmedi. Bebeğe herhangi bir gelişme geriliği gözlenmedi.

Öncesinde koroner arter hastalığı olan veya koroner baypas operasyonu geçiren gebelerin kabul edilen kesin bir takip yöntemi bulunmamaktadır. Bizim hastamız ilk 5 haftada henüz gebeliği farketmediği dönemde ACE inhibitörü, ASA, beta bloker kullanmıştı.. Düşük doz (100 mg) kullanımı gebelerde güvenilir olan ve teratojenik etkisi bildirilmeyen ASA dışında diğer ilaçları kesildi.^{2,5} Sıklıkla kullanılan ve gebelik kategorisi C olan metoprolol plesantaya geçmektedir ancak kanıtlanmış teratojen etkisi yoktur. Bununla birlikte fetüste bradikardi ve hipoglisemi, düşük doğum ağırlığı gelişme risklerinden dolayı metoprolole ara veril-

mesine karar verildi.⁴ ACE inhibitörlerinin teratojenik etkileri bilinmekte (gebelik kategorisi D) ve bu etki özellikle ikinci trimesterde kullanımı ile ortaya çıkmaktadır.⁶ ACE inhibitörleri özellikle kafatası kemiklerinin gelişmesinde gecikme, böbrek, akciğer problemleri ile beraber intrauterin büyüme geriliği ve düşüğe neden olmaktadır.⁴ Hastamız gebeliği fark etmesine kadar geçen sürede ACEI almış, ilk trimesterde (5. haftada) ilaç kesilmiştir. Gerek intrauterin tanı testlerinde (3'lü tarama testi, USG) gerekse doğum sonrası muayenesinde herhangi bir teratojenik etkiye rastlanmadı.

Eldeki kanıtlar ve bizim gözlemimiz, gebede kalp yetersizliği, ciddi koroner anomali, devam eden koroner iskemi, azalmış sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu yok ise, koroner arter hastalığının maternal ve bebek mortalitesine üzerine ciddi bir etkisi olmadığıdır.^{1,5} Bununla beraber yine de koroner arter hastalığı gebelikte sorun oluşturabilir ve acil koroner girişim gerektirebilir. Bundan dolayı bu gebeler acil koroner girişim açısından yakın gözlem altında tutulmalıdır. Bizim hastamız gebelik boyunca sık aralıklarla takip edilmiş olup, sol ve sağ ventrikül fonksiyonlarında bir değişiklik gözlenmemiş, iskemik semptom gelişmemiştir. Doğum eylemi ise herhangi bir kardiyak komplikasyon

olasılığı nedeniyle kardiyoloji doktoru bilgisi dahilinde sorunsuz gerçekleştirildi.

Doğumla ilişkili ağrı (adrenerjik deşarj olduğundan) ve doğumda sarfedilen efor, kan volümü ve basınçta ani değişikliklere sebep olduğundan kardiyovasküler komplikasyonların gelişmesini arttırabilir.^{1,6} Bu nedenle hasta doğum öncesi uygun sedasyon ile rahatlatıldı. Olası kanama ve sıvı açığı yönünden yakın takip altında tutulan hasta epidural anestezi ile normal doğum eylemini gerçekleştirdi. Annede ve bebekte herhangi bir tıbbi sorun yaşanmadı.

Sonuç

Koroner arter hastalığı (özellikle perkütan girişim yapılmış veya koroner baypas operasyonu geçirmiş) olan gebelerin yönetimiyle ilgili bilgimiz kısıtlıdır. Elimizdeki bilgiler hemodinamik olarak stabil, sol ventrikülü korunmuş kişilerde gebeliğin güvenli olduğudur. Azalmış ejeksiyon fraksiyonu (kalp yetersizliği) veya devam eden iskemisi bulunan kişiler gebelikten kaçınmalıdır. Gebelerde koroner arter hastalığı ve sonrası için elimizde yeterli bilgi olmadığından bu hasta grubuna yaklaşım bireyselleştirilerek ve multidisipliner yaklaşımla yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Frenkel Y, Barkai G, Reisin L, Rath S, Mashiach S, Battler A. Pregnancy after myocardial infarction: are we playing safe? *Obstet Gynecol* 1991;77:822-5.
2. V. Regitz-Zagrosek, C. Blomstrom Lundqvist, C. Borghi et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011;32:3147-97.
3. James AH, Jamison MG, Biswas MS ve ark : Acute myocardial infarction in pregnancy: a United States population-based study. *Circulation* 2006;113:1564-71.
4. Ventura SJ, Curtin SC, Abma JC, Henshaw SK. Estimated pregnancy rates and rates of pregnancy outcomes for the United States, 1990-2008. *Natl Vital Stat Rep* 2012;60:1-21.
5. James AH, Jamison MG, Biswas MS, Brancazio LR, Swamy GK, Myers ER. Acute myocardial infarction in pregnancy: a United States population-based study. *Circulation* 2006;113:1564-71.
6. Li DK, Yang C, Andrade S, Tavares V, Ferber JR. Maternal exposure to angiotensin converting enzyme inhibitors in the first trimester and risk of malformations in offspring: a retrospective cohort study. *BMJ* 2011;343:d5931.

Yazı Kayıt

Geliş Tarihi: 26.12.2013

Kabul Tarihi: 24.02.2014

Yazışma Adresi: Zeki Yüksel Günaydın, Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ordu

e-posta: Doktorzeki28@gmail.com