

GEBELİKTE MİTRAL STENOZA BAĞLI GELİŞEN AKCİĞER ÖDEMİ: OLGU SUNUMU

Handan GÜLEÇ¹, Süleyman AKARSU², Semih DEĞERLİ¹, Fatma BERÇİN¹, Necla DERELİ¹, Şaziye ŞAHİN¹

¹ Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

² Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

ÖZET

Mitral darlık, gebelik ve doğum sürecinde en çok sıkıntı yaratan kalp kapak hastalığıdır. Gebelik süresince artan sodyum ve su tutulmasına bağlı olarak plazma volümü artmakta, gebeliğin ikinci trimesterinde en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Dolayısıyla gebeliğin ilk trimesterinde kardiyak output normalin %30-40'ı kadar artmakta, mitral stenozlu hastalarda ise bu durum önemli hemodinamik değişikliklere neden olmaktadır. Preload artışı ile sol atrial basınç artmakta, artan pulmoner venöz konjesyon sonucu da kolaylıkla akciğer ödemi ortaya çıkmaktadır. Mitral stenozlu gebelerde anne ölümlerinin başlıca nedeninin akut akciğer ödemi olduğu belirtilmektedir. Klinik bulgular özellikle onikinci haftadan sonra belirgin hale gelmekte, en iyi ve ileri konservatif tedavilere rağmen anne ve bebek ölümleri görülebilmektedir. Burada 19 yaşında ilk gebeliği olan, gebeliğinin 29. haftasında kasılma şikayeti ile kliniğimize başvuran ve hastanede izlemi sırasında gelişen solunum yetmezliği üzerine yapılan incelemede mitral stenoz ve buna bağlı akciğer ödemi tespit edilen olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: akciğer ödemi, gebelik, mitral stenoz

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9 Sayı: 1 Sayfa: 70- 2

SUMMARY

PULMONARY EDEMA DUE TO MITRAL STENOSIS IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Mitral stenosis is a valve disease, that creates the most trouble during pregnancy and birth process. Plasma volume increases due to sodium and water retention during pregnancy and the second trimester of pregnancy it reaches the maximum level. At the first trimester of pregnancy, normal cardiac output increases by 30 to 40% and this condition causes significant hemodynamic changes in patients with mitral stenosis. Pulmonary edema occurs rapidly with high left atrial pressure due to increase of preload. It is noted that acute pulmonary edema is the primary cause on maternal mortality in pregnant women with mitral stenosis. Clinical signs are becoming evident, especially after the 12th week. Despite the best conservative treatment, maternal and infant mortality can be seen. In this case, we present a rare occurrence of pulmonary edema following dispne due to mitral stenosis in a 19 years old pregnant at 29th week of the first pregnancy.

Key words: mitral stenosis, pregnancy, pulmonary edema

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9 Issue: 1 Pages: 70- 2

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Süleyman Akarsu, Keçiören Ankara.

Tel.: (0532) 324 20 25

e-posta: suleymanakarsu@hotmail.com

Alındığı tarih: 24.09.2010 revizyon sonrası alınma: 10.12.2010, kabul tarihi: 18.01.2011, online yayım tarihi: 08.12.2011

GİRİŞ

Gebelik, oluşan bir takım fizyolojik değişiklikler nedeni ile sağlıklı kadınlarda bile sıkıntılı bir süreçtir. Özellikle su ve sodyum tutulumu, solunum ve dolaşım fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler⁽¹⁾.

Beta hemolitik streptokok enfeksiyonu ve ardından gelişen kardiyak komplikasyonlar batılı ülkelerde eradike edilmişken, gelişmekte olan ülkelere olduğu gibi bizde de kalp kapak hastalığı şeklinde karşımıza çıkabilmektedir⁽²⁾. Genellikle 4-6 cm² olan mitral kapak alanı 2-2.2 cm² altına düşene kadar klinik olarak bulgu vermez⁽³⁾. Mitral kapak alanının daralması sonucu sol atrial basınç artmakta, pulmoner venöz basınç kronik olarak yükselmekte ve nihayet pulmoner kapiller basınç ile pulmoner arter basıncı artarak akciğerlerde interstisyel ödem ve alveol duvarının kalınlaşması ile neticelenecek pulmoner hipertansiyona neden olmaktadır. Sonunda perfüzyon ventilasyon ilişkisi de bozulmaktadır⁽³⁾. Gebelikte %1-3 oranında kardiyak sorunlar gözlenmekte, anne ölümlerinin %10-15'i bu sebebe bağlı olmaktadır⁽¹⁾. Kalp kapak hastalığına en sık romatizmal kalp hastalıkları neden olmaktadır⁽⁴⁾. En sık rastlanan kalp kapak problemi ise mitral stenozdur⁽⁵⁾.

Bu olgu sunumunda önceden kalp kapak hastalığı olduğu bilinmeyen komplikasyonlu bir gebelik anlatılacaktır.

OLGU

19 yaşında ilk gebeliği olan hasta gebeliğinin 29. haftasında doğum eylemini andıran kasılma ve ağrıları nedeni ile kadın doğum kliniğine yatırıldı. Bu dönemde hastada nefes darlığı ve sırtüstü düz yatamama yakınması mevcut idi. Hasta yakınmalarının son bir hafta içinde giderek arttığını, günlük hayatını kısıtlamaya başladığını ifade ediyordu. Fizik muayenede saptanan taşikardi (nabız:140/dakika), takipne (solunum sayısı: 40/dak) nedeni ile dahiliye konsültasyonu istendi. Dahiliye muayenesinde; akciğer bazallerinde kreptan raller ve yaygın ronküslerin duyulması üzerine göğüs hastalıkları konsültasyonu istendi. Göğüs hastalıkları kliniği tarafından yapılan değerlendirmede, orta ve alt zonlarda ral duyulması, hastanın dispneik ve ajite olması nedeni ile yoğun bakım şartlarında takibi önerildi. Anestezi ve Reanimasyon kliniği tarafından

yapılan değerlendirme sonucunda hasta yoğun bakıma kabul edildi.

Hastanın ilk muayenesinde; ateş:36,9°C, nabız:82/dk, Kan Basıncı:110/80 mmHg, oda havasında O₂ sat: %80, arteryel kan gazında pO₂:50,6, pCO₂:23,8 olarak saptandı. Hasta ajite, solunum sıkıntısına bağlı oksijen yetmezliği nedeni ile de kooperasyon güçlüğü mevcuttu. Oskültasyonda apikal diastolik üfürüm duyuldu. Hastada periferik ya da santral siyanoz bulgusu yoktu. Pretibial bilateral (+++) gode bırakan ödem saptandı. Hastanın EKG'sinde; sinüzal taşikardi, yaygın voltaj düşüklüğü, seyrek ventriküler eksta atımlar belirlendi.

Karın bölgesine gerekli koruyucu önlemler alınarak çekilen PA akciğer grafisinde kardiyotorasik indekste artış ve pulmoner konüs belirginleşmiş olarak görüldü. Mevcut muayene ve laboratuvar bulgularına göre hasta akut akciğer ödemi tanısı ile tedavi altına alındı. Hastaya maske ile %100 oksijen desteği (4lt/dak) başlandı. Ödeme yönelik furosemid infüzyonu solunum sıkıntısını rahatlatmak için de opioid (remifentanil 0.1 mcg/kg/dak) infüzyonu başlandı. Ürofikis takılarak saatlik idrar çıkışı takibe alındı. Hastadan kardiyoloji konsültasyonu istendi; EKO'da mitral kapak darlığı tespit edildi. MVA:1,1 cm², PAB:60 mmHg olarak ölçüldü. Kardiyoloji kliniği önerisi ile verapamil tedaviye eklendi. Hastanın ileri kardiyak tedavisi (balon valvüloplasti) için akut dönemden sonra sevki önerildi. 24 saat içinde yeterli diürez ve oksijenizasyon ile ödem çözüldü, hastanın genel durumu transferine uygun hale gelince doktor nezaretinde ambulans ile sevki sağlandı.

Daha sonra yapılan görüşmede; hastada başarılı bir valvüloplasti işlemi gerçekleştirildiği, gebeliğin devamının sağlandığı ve 39. gebelik haftasında bebeğin sezaryen ile 3250 gr ağırlıkta ve 7-9 Apgar'la doğurtulduğu, anne ve bebek ile ilgili komplikasyon olmadığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Mitral darlık, gebelik ve doğum sürecinde en çok sıkıntı yaratan kapak hastalığıdır. Gebelik sırasında artan sodyum ve su tutulmasına bağlı olarak plazma volümü artmakta, gebeliğin ikinci trimesterinde maksimal seviyeye ulaşmaktadır. Buna bağlı olarak gebeliğin ilk trimesterinde kardiyak output normalin %30-40'ı kadar artmakta, mitral stenozlu hastalarda bu durum önemli hemodinamik değişikliklere neden

olmaktadır^(3,6). Preload artışı ile sol atrial basınç artmakta, artan pulmoner venöz konjesyon sonucu da kolaylıkla akciğer ödemi ortaya çıkmaktadır.

Klinik bulgular özellikle onikinci haftadan sonra belirgin hale gelmekte, en iyi ve ileri konservatif tedavilere rağmen anne ve bebek ölümleri görülebilmektedir⁽³⁾. Mitral stenozlu gebelerde anne ölümlerinin başlıca nedeninin akut akciğer ödemi olduğu belirtilmektedir⁽⁷⁾. Hastanın kendisinde mitral darlığı olduğunu bildiği durumlarda önceden gerekli önlemler alınarak sorunsuz bir gebelik dönemi geçirmek mümkün olabilmektedir. Ancak bizim olgumuz gibi romatizmal ateş geçirdiğini ve kendisinde bir kapak hastalığı bulunduğunu bilmeyen hastalarda, gebelik sırasında ciddi kardiyak problemler yaşanabilmektedir.

Böyle bir vakada anestezi kliniğini ilgilendiren en önemli nokta hastanın acil kardiyak ve solunum sıkıntılarının kontrol altına alınması ve valvüloplasti işlemi uygulanana kadar gerekli yaşam desteğinin sağlanması; ayrıca gerektiği takdirde acil doğum için uygun anestezinin planlanmasıdır⁽⁸⁻¹⁰⁾.

KAYNAKLAR

1. Arafeh JM, Baird SM. Cardiac disease in pregnancy. Crit Care Nurs Q. 2006; Jan-Mar; 29(1):32- 52.
2. Ali Kulusarı, Şahin Zeteroğlu, Hanım Güler Şahin, Mansur Kamacı. Gebelik ve kalp hastalığı: Altmışyedi olgunun değerlendirilmesi. Perinataloji Dergisi. 2008; 16819: 14- 8.
3. Burwell CS, Metcalfe J: Heart disease and pregnancy. Physiology and management. Little Brown, Boston. 1968; p:127.
4. Nqayana T, Moodley J, Naidoo DP. Cardiac disease in pregnancy. Cardiovasc J Afr. 2008; May-Jun; 19(3): 145- 51.
5. Atilla Kayıhan, Hakkı Aydoğan, Şenol Yavuz, İzzet Arkan, Ergin Eren. Gebelik ve mitral stenozu. GKD Cer. Derg. 1991; 1. 27- 30.
6. Szekeley P Turner R Sheith I: Pregnancy and the changing pattern of rheumatic heart disease Br. Heart J 1973; 35: 1293.
7. Criteria Commite of the New York Heart Association. Disease of the heart and blood vessels. Nomenclature and criteria for diagnosis. 6th. Ed. Little Brown: Boston. 1964; p:112.
8. Hasan Fehmi Töre, Hürkan Kurşaklıoğlu, Atıla İyisoy, Cem Barçın, Basri Amasyalı, Ertan Demirtaş. Gebe bir kadında balon mitral valvuloplasti uygulaması. (olgu sunumu). Gülhane Tıp Dergisi. 2003; 45(2): 201- 2.
9. Soner Yavaş, H. Zafer İşcan, Levent Mavioglu, Utku Ünal, Ahmet Akgül, Cemal Levent Birincioğlu. Mitral darlık ve gebelik birlikteliğinde kapalı komissürotominin yeri: Uzun dönem sonuçları. Türkiye Klinikleri J Cardiovascular Sci 2007; 19: 105- 110.
10. Pieper PG, Balci A, Van Dijk AP. Pregnancy in women with prosthetic heart valves. Neth Heart J. 2008; Dec; 16(12): 406- 11.