

# OLGU 2

## Postpartum Kardiyomiyopati Hastasının Yönetimi

Şeyda ŞAHİN<sup>1</sup>

### Olgu Sunumu

28 yaşında sosyoekonomik düzeyi düşük, ev hanımı, ilk gebeliği olan hasta 5 gün önce sezaryen ile sağlıklı bir erkek bebek dünyaya getirmiş. Hasta postpartum 48 saati sorunsuz geçirmiş ancak sonrasında şikayetleri başlamış. Nefes darlığı, bacaklarda şişlik, öksürük, çarpıntı şikayetleri olan ve son 2 gündür şikayetleri artan hasta acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen astım tanısı olduğu ve tedavi aldığı öğrenildi. Soy geçmişinde annede esansiyel hipertansiyon ve insüline bağımlı olmayan Tip 2 diyabet olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu orta olup, soluk görünümdeydi. Dispne ve ortopne mevcuttu. Kan basıncı 130/80 mmHg, nabız düzenli ve 132 atım/dk, ateş 37 °C idi. Sağ akciğer bazalinde solunum sesleri azalmış. Sol akciğer bazalinde raller mevcuttu. Kardiyak oskültasyonda taşikardi, S3 gallop ritmi, aksillaya yayılan 3/6 apikal sistolik üfürüm saptandı. Bilateral alt ekstremitede +3 gode bırakan ödem izlendi. Hastanın çekilen elektrokardiyografisi (EKG) sinüs ritmindeydi, anteriyor derivasyonlarda R progresyon kaybı ve non-spesifik ST-T değişiklikleri mevcuttu. (Şekil 1); nabız 132/dk, akciğer grafisinde kardiyotorasik oran artmış ve pulmoner konjesyon bulguları mevcuttu. (Şekil 2)

Hasta ilk değerlendirme sonrası pulmoner emboli, peripartum kardiyomiyopati (PPKM), dekompanse kalp yetmezliği tanıları ile yatırıldı.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Turhal Devlet Hastanesi, seydsn.58@gmail.com

Vajinal doğum sırasında kardiyak stres en aza indirilmelidir. Bunun için for-seps, vakum gibi doğumun 2. kısmına yardımcı yöntemler kullanılabilir. Epidural anestezi kardiyak yükü artırmadığı için uygun bir anestezi yöntemidir. Terme yakın dönemde tanı alan hastalarda ise doğum indüklenmelidir. Sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında kötüleşme hızlı olanlarda sezaryen planlanmalıdır. Dođum sonrası dönemde hem anne hem de bebek yoğun bakım koşullarında izlenmeli, uterin ototransfüzyonun neden olabileceği pulmoner ödeme karşı dikkatli olunmalıdır.

Sonraki gebelik riski, PPKM tanısı konulduktan sonra kalp fonksiyonunun iyileşmesine bağlıdır. Kalıcı olarak azalmış EF'si olan hastalar için, morbidite ve mortalite oranı yüksektir. İyileşmiş EF'si olan hastalar için risk çok daha düşüktür ve stres ekokardiyogram ile değerlendirilmelidir. EF istirahatte normale ve stresle artıyorsa (normal kontraktıl rezerv), tekrarlayan PPKM veya kalp yetmezliği riski minimum gibi görünmektedir. Önceden PPKM tanısı konulduktan sonra tekrar gebe kalma kararı, kardiyolog ve kadın doğum uzmanı ile birlikte verilmelidir. Gebelikte, fetus için potansiyel olarak toksik olan ilaçlar (örneğin, ACE inhibitörleri) durdurulmalıdır, gebelik sırasında kalp yetmezliği belirtileri için seri izlem kritik öneme sahiptir.

## Sonuç

PPKM gebe kadınlarda nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen yüksek mortalite ile seyrederek. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olması ve gebelikte sık görülen çarpıntı nefes darlığı gibi semptomlarla seyretmesi nedeni ile bu hastalığın tanısı için hekimin oldukça dikkatli olması gerekir. Peripartum kardiyomyopatinin tedavisinde amaç, kalp yetmezliği semptomlarının iyileştirilmesi ve mortalitenin azaltılmasıdır. Hastaların %50'sinin kardiyak fonksiyonlarında tam iyileşme gözlenir. Tedaviye erken başlanan olgularda prognoz daha iyidir.

## Kaynaklar

1. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Braunwald E. Braunwald's heart disease; a textbook of cardiovascular medicine. Peripartum cardiomyopathy. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2015. p.1776-77
2. Givertz M M. Peripartum Cardiomyopathy. Circulation. 2013;127: e622-e626.
3. Koçak Ü, Tok D, İpek G. Peripartum Cardiomyopathy. Abant Medical Journal. 2013; 2:161-67
4. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal. 2018;39:3215-230.