

# Tanı Konulmamış Mitral Stenozlu Gebede Sezaryen Sonrası Ani Gelişen Sol Kalp Yetmezliğinin Yönetimi

## 8. BÖLÜM

Kübra TAŞKIN<sup>1</sup>

### OLGU

Bilinen ek hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan 26 yaşında, takipsiz, primipar 36 haftalık gebe, fetal distres ve intrauterin gelişme geriliği nedeniyle acil sezaryen için ameliyathaneye alındı.

### Preoperatif Dönem

Hasta acil ameliyathanede görüldüğünde öksürüğü olması nedeniyle COVID-19 şüpheli kabul edilip rejyonel anestezi uygulanması planlandı. COVID-19 önlemleri sonrası hasta bilgilendirilip aydınlatılmış onamı alındı. Aydınlatılmış onamı alındıktan sonra hasta monitörize edildi. Amerikan Anesteziyologlar Derneği (ASA)'nin risk sınıflamasına göre ASA II olarak değerlendirilen hastanın genel durum: orta, bilinç açık, oryante-koopere, vücut kitle indeksi (VKİ):39.1 idi. Monitörize edildiğinde kalp atım hızı (KAH): 85 atım dk<sup>-1</sup>, kan basıncı (KB): 136/75 mmHg, periferik oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>): %92 idi. Damar yolu erişimi de kontrol edildi ve sıvı tedavisinin devamı sağlandı. Oral alımı sorgulandı katı -sıvı alımının en son 3 saat önce olduğu öğrenildi. Fakat son oral alımına bakılmaksızın bütün gebelerin tok ve pulmoner aspirasyon riskinin olduğu kabul edilmelidir.

### İntraoperatif Dönem

Rutin kan laboratuvar tetkikleri normal olan fakat nefes darlığı-öksürük şikayeti olan hastada COVID-19 şüphesiyle rejyonel anestezi tercih edildi. Hasta spinal anestezi hakkında bilgilendirildikten ve intravenöz (iv) hidrasyon başlandıktan sonra steril şartlar altında hızlı seri spinal ile L3-L4 aralığından 25G iğne ile tek seferde girilerek 10 mg bupivakainle spinal blok oluşturuldu. Herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Anestezi tekniğinin seçimi; annenin güvenliği (hava yolu değerlendirmesi ve aspirasyon riski), teknik sorunlar ve anestezi uzmanının

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, drkubrataskin@gmail.com

yoluyla doğumdan hemen sonra kardiyak ön yükteki ani artışı, ciddi pulmoner ödemle sonuçlanabilir. Bu risk doğumdan sonra birkaç gün devam edebilir. Ölümün çoğu peripartum dönemin 2-9'uncu günlerinde meydana gelir (5).

Ciddi mitral darlık (mitral kapak alanı  $<1 \text{ cm}^2$ ) ve NYHA III-IV olan hastaların gebe kalmaları önerilmez. Fakat bizim vakamızın takipsiz gebe olması ve mitral kapak alanı:  $0.8 \text{ cm}^2$  ölçülmesi nedeniyle komplikasyonların görülme ihtimali çok daha yüksektir. Elektif sezaryenlerde gebelik nedeniyle anneye ait risklerin ve fetal ölüm riskinin de oldukça yüksek olması (%20-30) nedeni ile kalp cerrahisi öncesi beklenebiliyorsa fetüsün hayatta kalabileceği haftaya kadar beklenmesi, beklenemiyorsa gebeliğin hemen sonlandırılması önerilir (6). Bu nedenle anne ve çocuk açısından istenmeyen durumlardan kaçınmak için obstetrisyen, kardiyolog, anestezi ve neonatologların da dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (5).

Sonuç olarak; özellikle takipsiz gebelerde preoperatif tıbbi öykü iyi alınmalı, fizik muayene detaylı yapılmalıdır. Semptomatik hastalarda mümkünse operasyon öncesi EKO yapılmalıdır. Rejyonel anestezi tercih edildiğinde volüm yüklemesi konusunda dikkatli olunmalıdır. COVID-19 öncelikle akla gelen tanıdan ziyade ekartasyon tanısı olmalıdır. Doğum/sezaryen sonrası akut solunum yetmezliği geliştiğinde erken kardiyolojik değerlendirme ve ilk tercih olarak EKO ile inceleme mutlaka yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kinsella SM, Girgirah K, Scrutton MJL. Rapid sequence spinal for category 1 urgency Caesarean section: a case series. *Anaesthesia* 2010; 65: 664-9.
2. Bhatla N, Lal S, Behera G, Kriplani A, Mittal S, Agarwal N, et al. Cardiac disease in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82: 153-9.
3. Hidano G, Uezono S, Terui K. A retrospective survey of adverse maternal and neonatal outcomes for parturients with congenital heart disease. *Int J Obs Anesthesia* 2011; 20: 229-35.
4. Kaplan, Joel A, ve diğerleri. The pregnant patient with cardiac disease. *Kaplan's Cardiac Anesthesia* 2017.
5. Kannan M, Vijayanand G. Mitral stenosis and pregnancy. *Indian J Anesth* 2010; 54(5): 439-44.
6. Akpınar O. Gebelik ve kapak hastalıkları. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. ve 2009;25-34.