

GEBELİKTE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARA AİLE HEKİMİ GÖZÜNDEN YAKLAŞIM

Uzm. Dr. İbrahim OĞUZ¹

GENEL BİLGİLER

Gebeliğin başlamasıyla birlikte annenin ve fetüsün metabolik ihtiyaçları doğrultusunda birtakım kardiyovasküler değişiklikler meydana gelmektedir. Plazma hacmi ve kardiyak output artmaktadır. Kardiyak outputtaki artış gebeliğin ilk yarısında atım hacminin artışı ile sağlanırken, gebeliğin ikinci yarısında daha çok kalp hızı artışı ile sağlanır. Kalp hastalıkları gebelik öncesi var olabildiği gibi gebelik ve peripartum dönemde de karşımıza çıkabilmektedir.

Tıbbın gelişmesiyle daha fazla sayıda kalp hastası üreme yaşına ulaşabilmekte ve gebe kalabilmektedir. Gebelik öncesi kalp hastalığı olanların gebelikte kardiyovasküler olası riskleri ve bu risklerin yönetiminin nasıl yapılacağı gebe kalınmadan Dünya Sağlık Örgütü modifiye maternal kardiyovasküler risk sınıflaması ile değerlendirilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü modifiye maternal kardiyovasküler risk sınıflaması Tablo 1'de belirtilmiştir. Önceden kalp hastalığı olan gebelik planlayan kadınlar elektrokardiyogram (EKG), ekokardiyografi (EKO) ve egzersiz testi ile değerlendirilmeli; gebeliğin sakıncalı olduğu durumlar ayırt edilmeli, gebelik sakıncalı değilse embriyotoksik olmayan tıbbi tedavi düzenlemesi yapılmalıdır. Konjenital kalp hastalığı, marfan sendromu, kardiyomyopati, uzun QT sendromu gibi kalıtsal hastalığı olan kadınlar gebelik öncesi ayrıca genetik danışmanlık için yönlendirilmelidir (1-4). Fetal anormallik riski yüksekse fetal ekokardiyografinin deneyimli uzmanlarca yapılması önerilmektedir. Doğum zamanlaması gebenin hemodinamik durumuna, obstetrik değerlendirmeye, serviks durumuna, fetüsün iyilik durumuna ve akciğer matüritesine bağlı olarak değerlendirilmelidir. Doğum şekli olarak vajinal doğumun sezeryan doğuma üstünlükleri vardır. Bunlar daha az kan kaybı, enfeksiyon, venöz tromboembolidir. Obstetrik endikasyon ve bazı özel kardiyovasküler durumlar dışında gebelere vajinal doğum önerilmelidir(5).

¹ Kardiyoloji Uzmanı, Denizli Devlet Hastanesi, ibrahimoguz87@hotmail.com

SONUÇ

1. Önceden bilinen kalp hastalığı olanlara gebelik öncesi değerlendirme amacıyla kardiyoloji konsültasyonu ve maternal risk değerlendirme modifiye Dünya Sağlık Örgütü sınıflaması yapılması önerilir(15-16).
2. Yeni gelişen ya da açıklanamayan kardiyovasküler semptom ve bulgusu olanlara ekokardiyografi önerilir.
3. Konjenital kalp hastalığı, marfan sendromu, kardiyomyopati, uzun QT sendromu gibi kalıtsal hastalığı olan kadınlar gebelik öncesi ayrıca genetik danışmanlık için yönlendirilmelidir(1-4).
4. Akut dirençli kalp yetmezliği, ciddi aort hastalıkları ve ciddi pulmoner hipertansiyonda sezeryan doğum seçilmesi düşünülmelidir.
5. Aort dilatasyonu olan gebelerde sıkı tansiyon kontrolü önerilmektedir(17).

KAYNAKÇA

1. Pierpont ME, Basson CT, Benson DW Jr et al. Genetic basis for congenital heart defects: Current knowledge. *Circulation* 2007;115:3015–3038.
2. Burchill L, Greenway S, Silversides CK et al. Genetic counseling in the adult with congenital heart disease: What is the role? *Curr Cardiol Rep* 2011;13:347–355.
3. Cowan JR, Ware SM. Genetics and genetic testing in congenital heart disease. *Clin Perinatol* 2015;42:373–393, ix.
4. Girerd B, Lau E, Montani D et al. Genetics of pulmonary hypertension in the clinic. *Curr Opin Pulm Med* 2017;23:386–391
5. Ruys TP, Roos-Hesselink JW, Pijuan-Domenech A et al. Is a planned caesarean section in women with cardiac disease beneficial? *Heart* 2015;101:530–536.
6. Pijuan-Domenech A, Galian L, Goya M et al. Cardiac complications during pregnancy are better predicted with the modified who risk score. *Int J Cardiol* 2015;195:149–154
7. Mandalenakis Z, Rosengren A, Skoglund K et al. Survivorship in children and young adults with congenital heart disease in Sweden. *JAMA Intern Med* 2017;177:224–230.
8. Sliwa K, van Hagen IM, Budts W et al. Pulmonary hypertension and pregnancy outcomes: Data from the Registry of Pregnancy and Cardiac Disease (ROPAC) of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2016;18:1119–1128
9. Duan R, Xu X, Wang X et al. Pregnancy outcome in women with Eisenmenger's syndrome: A case series from West china. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:356
10. Jondeau G, Ropers J, Regalado E et al. International registry of patients carrying TGFBR1 or TGFBR2 mutations: Results of the MAC (Montalcino Aortic Consortium). *Circ Cardiovasc Genet* 2016;9:548–558
11. 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(34):3165–3241. doi:10.1093/eurheartj/ehy340
12. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology. *J Hypertens* 2013; 31:1281–1357
13. Shekhar S, Gupta N, Kirubakaran R et al. Oral nifedipine versus intravenous labetalol for severe hypertension during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2016;123:40–47.

14. Clark SM, Dunn HE, Hankins GD. A review of oral labetalol and nifedipine in mild to moderate hypertension in pregnancy. *Semin Perinatol* 2015;39:548–555
15. Roos-Hesselink JW, Budts W, Walker F et al. Organisation of care for pregnancy in patients with congenital heart disease. *Heart* 2017;103:1854–1859
16. Pijuan-Domenech A, Galian L, Goya M et al. Cardiac complications during pregnancy are better predicted with the modified who risk score. *Int J Cardiol* 2015;195:149–154
17. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/aASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018;71:e13–e115