

Myastenia Gravis ve Gebelik

Dr. Şakir KÜÇÜKKÖMÜRCÜ (*)
Dr. Ahmet ESMER (*)

ÖZET

Myastenia Gravis, doğum kliniklerinde sık rastlanılan bir hastalık değildir. Gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde hastalığın seyrinde değişiklikler görülebilir. Tedavide kullanılan ilaçlar fötüs ve yenidoğan üzerine zararlı etki göstermemektedir. Kliniğimizde izlediğimiz bir Myastenia Gravis ve Gebelik olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

MYASTHENIA GRAVIS and PREGNANCY

Myasthenia Gravis is not a case that is often seen in obstetric clinics. The clinical course of the disease can be different in pregnancy, delivery and puerperium. Drugs used for the therapy do not have harmful effects on the fetus and the newborn.

Here, we present a case of Myasthenia Gravis in Pregnancy, studied in our clinic, and the literature has been reviewed.

Myastenia gravis, nöro-müsküler plakta iletim bozukluğuna bağlı olan ve istekle çalışan çizgili kasların çabuk yorulmaları ile belirlenen bir hastalıktır¹⁻³. Görülme sıklığı 1/20.000 ile 1/50.000 arasındadır. Genellikle genç ve erişkin kişilerin hastalığı olup en fazla kadınları tutar²⁻⁴.

Myastenia gravis'teki fizyo-patolojik defekt, sinir impulslarının nöro-müsküler plağa geçişlerindeki yetmezliktir⁴. Hastalığın etyolojisinde timus'un önemli bir yeri vardır^{3,5-7}. Son yıllarda myastenia gravis'in oto-immün bir hastalık olabileceği düşünülmüştür. Nitekim bu hastaların % 50'sinde çizgili kaslara karşı oluşan bir antikor (anticorps anti muscle strié) saptanabilmiştir⁵.

(*) Bursa Üniv. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsü Uzman Asistanları

Myastenia gravis'in en karakteristik belirtisi, kas kasılma gücünün efor süresince giderek azalmasıdır. Belirli bir süre dinlenmeden sonra, kas eski gücüne erişir. En çok göz kaslarını tutar. İleri dönemlerinde boyun ve ekstremiteler kasları ile ağır şekillerinde solunum kasları tutulabilmektedir.

Elektromyografi, Tensilon ve Prostigmin ile yapılan farmakolojik testler, timusun radyografisi, anti-kas ve anti-timus antikollarının araştırılması tanı için gereklidir.

Myastenia gravis'in seyrinde alevlenmeler ve remisyonlar birbirini takip eder. Enfeksiyonlar ile endokrinolojik girişimler ve değişimler hastalığın alevlenmesine sebep olabilirler. Spontan iyileşmeler saptanabilmektedir⁴.

Tedavide Prostigmin, Mestinon ve Mytelase gibi kolinesteraz inhibitörleri kullanılmaktadır. Anti-aldosteron preparatları ve kortikoterapi olumlu sonuçlar verebilmektedir³. Kürar ve hidantoin grubu ilaçlar, trankilizanlar, eter, halotan, MgSO₄, nöroleptikler ve sülfamidlerle, streptomycin, neomycin, kanamycin gibi antibiyotikler kontrendikedir^{3, 8-10}.

Timektomi günümüzde sistematik olarak uygulanmakta ve iyi sonuçlar alınmaktadır^{5, 6, 11}. Timusun radyoterapisi henüz tartışmalıdır ve gebelikte kontrendikedir³. Ovulasyon süpresyonu ve oral kontraseptiflerle yapılan az sayıdaki tedavi denemelerinde olumlu sonuçlar alındığı bildirilmiştir^{3, 12}.

Doğum kliniklerinde pek rastlanılmayan bir hastalık olması ve gebelik, doğum, lohusalık dönemlerinde hastalığa özgü değişiklikler görülebmesinden dolayı, izlediğimiz bir Myastenia Gravis ve Gebelik olgusunu yayınlamayı ve literatürü gözden geçirmeyi uygun bulduk.

OLGU

Bayan K.K. (173335/D-115), 25 yaşında, 1 yıllık evli, primigravida. 26.1. 1980 tarihinde doğum ağrılarının başlaması nedeniyle Kliniğimize müracaat etmiş ve miadında ağırlı gebe olarak yatırılmıştır. Hastanın öz geçmişi araştırıldığında, beş yıl önce genel bir halsizlik hali ve çabuk yorulma şikâyetlerinin başladığı, önceleri sağ, daha sonra sol göz kapağında düşme olduğu öğrenilmiştir. Yaklaşık üç yıl önce hastaya myastenia gravis tanısı konarak prostigmin tedavisine alınmıştır. Kliniğimize müracaatından bir yıl önce yukardaki şikâyetlerinin kaybolduğu öğrenilmiştir. Hasta gebeliğinin hiçbir döneminde myastenik semptom göstermediğini ifade etmiştir. Yine gebelik sırasında herhangi bir tedaviye gerek duyulmamıştır. Normal bir doğum travayından sonra (11 saat 45 dakika) episiotomi yardımıyla normal spontan olarak, 2600 gr. ağırlığında ve 46 cm. boyunda bir erkek çocuk dünyaya getirdi. Yenidoğanın post-partum birinci ve beşinci dakikalardaki Apgar değerleri 10 idi. Hiçbir myastenik semptom göstermemekteydi. Neonatal hayatın ilk günlerinde emme ve yutma güclüğü saptanmadı. Hasta postpartum üçüncü gün kendi isteği ile taburcu edildi. Daha sonra tarafımızdan yapılan davetlere rağmen hiç kontrole gelmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Myastenia gravis ve gebelik sık görülmeyen bir rastlantıdır. Genellikle kabul

edilen fikire göre, myastenia gravis'li hastalardaki sterilite ve spontan düşük sıklığı, normal gruplardan farklı değildir^{2.3}. Gebelik süresince myastenik krizler ağırlaştığı gibi, gebelikle hiç etkilenmeyen ve hatta gebelik süresinde iyileşme gösteren olgular bildirilmiştir. Myastenik tablonun ağırlaşması daha çok gebeliğin ilk trimesterinde görülmektedir³.

Gebelik sırasında tablonun ağırlaşması gebeliği sonlandırma endikasyonu koydurtmamaktadır. Zira gebeliği sonlandırmakla semptomlarda herhangi bir düzelme saptanamamıştır^{3.4}.

Gebelik boyunca tesbit edilen spontan iyileşmeler genellikle üçüncü aydan başlayıp terme kadar sürmektedir². Hasta daha önce timektomi geçirmiş veya bilinen tedavi yöntemleriyle stabil bir tablo gösteriyorsa, gebelik, myastenia gravis'li hastalarda hiçbir değişikliğe sebep olamamaktadır³. İzlediğimiz hasta gebelikten önce uygulanan prostigmin tedavisi ile remisyona girmişti. Gebelik esnasında tedaviyi gerektirecek herhangi bir myastenik atak göstermemişti.

Uterusun düz kası myastenik olayla etkilenmediğinden doğum travayının seyri dinamik bozukluk, fetal kalp atımlarının frekansında ve fetal pH tayinlerinde değişiklik görülmemektedir³. Kendi hastamızda da aynı bulguları saptamış bulunuyoruz.

Doğumda anestezi gerektiği zaman regional ve lokal anestezi uygulanabilir. Genel anestezi söz konusu olduğunda Fluotan, barbitüratlar ve eter kullanılmamalı, buna karşılık Eptol, Ketamin ve azot protoksit tercih edilmelidir^{3.11}. Dolantin düşük dozlarda kullanılabilir⁴. Kendi olgumuzda episiotomi için lokal anestetik olarak kullandığımız Citanest'e ait bir komplikasyon görülmedi.

Ekspülsiyon döneminde, ıkınmalarla hastada hızla bir yorgunluk ortaya çıkarılır. Bu da ekstraksiyonla yardım olasılığını doğurabilir. Fakat hiçbir zaman sezaryen endikasyonu koydurtmaz³. Rutin olarak uyguladığımız episiotomi bizim hastamız için yeterli oldu, ne forseps ve ne de vacum-ekstraktöre gerek duyulmadı.

Önceleri, post-partum dönemin myastenia gravis'li hastalar için en tehlikeli bir dönem olduğu kabul edilmekteydi^{2.4}. Fakat son yıllardaki genel kanı, hastalığın halas ve post-partum dönemlerde problem ortaya çıkarmadığı şeklindedir³. Biz de kendi hastamızın ilk lohusalık günlerinde genel durumda bir değişme ve myastenik atak saptamadık. Hastamızın çok erken taburcu olmak istemesi ve daha sonra kontrole gelmemesi nedeniyle, lohusalığın seyri esnasında değişiklik olup olmadığı bilgimiz dışındadır.

Diğer yandan myastenia gravis ve bunun tedavisi için kullanılan ilaçlar annenin emzirmesi üzerine hiçbir kontrendikasyon teşkil etmemektedir³. Ancak meme veren annede myastenik semptomların ağırlaştığı ve süt verme işlemi kesildikten sonra hastada belirgin bir iyileşme görüldüğü bildirilmiştir⁴. Post-partum 3 gün izleyebildiğimiz hastamızın bu konuda bir güçlüğü olmadı.

Myastenia gravis'in fötüsün intra-uterin gelişmesinde bir değişikliğe yol açmadığı ve tedavide kullanılan ilaçların teratojenik etkisi olmadığı kabul edilmektedir³.

Myastenia gravis'li annelerin çocukları genellikle sağlıklı olarak doğmaktadır. Çok ender de olsa konjenital myastenia gravis ve yenidoğanın geçici myastenia gravis sendromu görülebilmektedir^{3.11}.

Doğum hekiminin myastenia gravis'e ait belirtileri ve olabilecek değişiklikleri bilmesi, hem anne, hem de yenidoğan morbidite ve mortalitesinde olumlu sonuçlar almasına yarayacaktır kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. MOSINGER, M., DUMOULIN, J., DE BISSCHOP, G., CLAUSES, I.: La Myasthénie, L'exploration Neuro-musculaire, Librairie Maloine S.A. Paris, 1970, p. 87.
2. CAMBIER, J.: La Myasthénie. J.B. Bailliére et Fils. Paris, 1968, p.7.
3. THOULON, J.M., GALOPIN, G., SEFFERT, P., GARIN, J.P. et DUMONT, M.: Myasthénie et grossesse. J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 7: 1395, 1978.
4. PLAUCHE, W.C.: Myasthenia gravis in pregnancy. Am. J. Obst. Gynec. 88: 404 1964.
5. MEYER, O.: La Myasthénie, données immunologiques récentes. Nouv. Presse. Med. 5: 2459, 1976.
6. LE BRIGAND, H.: Sur la thymectomie dans la myasthénie. Concours Médicale, 99: 733, 1977.
7. CAPSALAS, H., BADY, B.: Histoire actuelle de la myasthénie; déduction thérapeutique. Lyon. Med. 231: 395, 1974.
8. COHEN, B.B., LONDON, R.S., GOLDSTEIN, P.: Myasthenia gravis and pre eclampsia. Obst. Gynec. 48: Suppl 1, 35, 1976.
9. CHAMBERS, D.C., HALL, A., BOYCE, J.: Myasthenia gravis and pregnancy. Obst. Gynec. 29: 597, 1967.
10. MC NALL, P., JAFARINA, M.R.: Management of myasthenia gravis in the obstetrical patient. Am. J. Obst. Gynec. 92: 518, 1965.
11. LAURAS, B., BADY, B., CHATELAIN, P., SASSOLAS, F., FREYCON, F.: Nouveau-né de mère myasthénique. Pédiatrie, Lyon 32: 79, 1977.
12. FRENKEL, M.: Treatment of myasthenia gravis by ovulatory supression. Arch. Neurol. 11: 613, 1964. (December)