

Gebelikte Edinsel ve Doğumsal Kalb Hastalıkları

Dr. Ahmet HÜNÜK (*)

Dr. Jale CORDAN (**)

ÖZET

Gebelikte rastlanan edinsel kalb hastalıklarından Romatizmal menşeli hastalıklar % 80-90 arasındadır. Bunların içinde mitral stenoz ön planda gelir. Doğumsal kalb hastalıklarına ise % 1-3 oranında rastlanmaktadır.

SUMMARY

The pregnant mother is exposed important hemodynamic alteration during pregnancy, and delivery. Recently, it is reported that maternal postur highly degree responded these alterations.

Gebelikte kalb hastalıkları problemi, son zamanlarda gerek jinekologlar gerekse dahiliyeciler yönünden oldukça önem kazandı. Zira bu konudaki yeni fizyolojik bilgiler ve daha iyi terapötik imkanlar her türlü vak'ada gebeliğin sonuna kadar taşınmasına imkan hazırlamıştır. Bu sayede de terapötik abortların oranında hakikaten çok büyük bir düşme görülmüştür. Diğer taraftan anne ve çocuk ölümünde çok

büyük oranda azalma olmuştur. Gebelik ve kalb hastalığının aynı anda görülmesinin oranı, literatürde % 0,8-3,7 arasında verilmektedir. Bu hastalıklar arasında romatizma menşeli kalb hastalıkları % 80-90 arasındaki bir oranla ilk planda gelir. Romatizmal defektlerin oranında ise mitral kapağı defektleri % 75-80'ini teşkil eder. Buna karşılık kongenital defektler ise % 1-3'e tekabül eder. Geç gebelikte veya doğum esnasında son senelerde kalb hastalığı oranı fazlalaşmış görülmüyor. Bunun sebebi şöyle izah edilir:

1. Devrimizde kalb hastalığı sebebi ile doğum sonlandırılması minime indirilmiştir.
 2. Bakteriyel endokardit veya rheumatic fever sonucu hastaların yaşama şansı devrimizde daha çok artmıştır.
 3. Gebelerin çok iyi bir bakım ve takibe alındığı devrimizde miyadına ulaşan gebe sayısında artmıştır.
- Bugün iyi bir kontrol ve tedaviye alınan kalb hastalıklı gebelerin prognozu ile

(*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsüsü Asistanı

(**) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsüsü Öğretim Üyesi

gebelik dışındaki bir kalb hastasının prognozu arasında bir fark yoktur. Anne mortalitesi gerek gebelik gerek doğum süresince veya doğumdan altı hafta sonraki dönemde Mendelson'a göre % 0,8, Gutt-Macher'e göre % 0.5 dir. Diğer otörlere göre bu oran % 1-3 arasındadır. İyi bir tedavinin ve takibinin mortaliteyi ne kadar aza indirdiğini Hamilton ve arkadaşlarının yayınlarından anlıyoruz. Hamilton ve arkadaşları 25 yıllık araştırma sonucu % 3,9 luk mortalite oranı verdiler. 1921-1924 yılları arasındaki oran % 15, 1925-1927 arası oran % 5, 1927-1937 arasındaki oran % 2,8 e düştü. Terapötik başarı tıbbi tedavinin doğruluğu ve intensifliği ile direk ilişkidir. Gorenberg ve Chestly daimi olarak klinikte bulundurulmuş hastalarda % 0,4 lük bir ölüm oranı bulurken bu oran muayenehane takibindeki hastalarda % 10, doktor takibi olmayanlarda % 20 dir. Buradanda hiç doktor takibi görmeyen hastaların doktor takibine girenlere göre ölüm oranının yedi misli fazla olduğunu söyleyebiliriz. Şuna da dik-kati çekmeliyiz ki gerek ölüm oranı, gerekse kalb fonksiyonlarının kötüleşmesi yaşlı gebelerde bilhassa yaşlı ilk gebelerde artar. Fetal mortalite annenin hastalığının şiddeti ile oranlı olarak artar. Bu oran ilerlemiş romatizmal kalb hastalıklarında % 50'ye kadar çıkabilir. Buna karşılık asemptomatik ve kompanse vakalarda bu oran % 8 e düşer. Bu % 8 lik oranın % 57 si prematür bebeklerdir. Açık olarak kalp dekompanseasyonunun derecesi ile çocukların düşük ağırlıklı olması arasında bir ilişki vardır.

Erken gebelik döneminde bir kalp hastalığına işaret eden belirtileri şöyle sıralabiliriz.

1. Hafif dereceli ekzersizlerde ortaya çıkan hava açlığı
2. Ödemler
3. Taşikardi
4. Patolojik kalp sesleri

Prognoz yönünden kalp defektinin cinsi miyokardın fonksiyon kabiliyetinden daha az önemlidir. Kalp hastasının prognozu yönünden kalp hastalığının ağırlık derecesini klasifiye etmek gerekir. Bu sınıflandırma için Newyork, Heart association cemiyeti sınıflandırılması oldukça tutulmuştur. Bu sınıflandırmaya göre 4 sınıfta toplanır.

1. *GRUP*: Bu gruptaki hastalar organik bir defekte sahiptir. Ancak ne iş ve güçlerinde azalma, ne de semptom verirler.

2. *GRUP*: Bu gruptaki hastalar dispne ve çabuk yorulma nedeniyle vücut aktivitelerini azaltmak zorunda kalmışlardır. Bu hastalar normal istirahat ve çok hafif bedensel faaliyetlerde kendilerini gayet iyi hissederler. Aktivitede hafif bir artma semptomları ortaya çıkarır.

3. *GRUP*: Bu gruptaki hastalar ise bedensel faaliyetlerini çok büyük bir oranda azaltırlar. Çok hafif yüklemelerle semptomlar ortaya çıkar.

4. *GRUP*: Bedensel faaliyet gösteremeyen hastalarda çok hafif faaliyetler bile bunlarda ağır semptomlar ortaya çıkarır. İstirahatta bile yetmezliğe girerler.

Bu sınıflara ayrılan hastaların, sınıflarına göre dağılımı Medelsona göre şöyledir.

1. Grup % 49
2. Grup % 39
3. Grup % 8
4. Grup % 4

Mortalite oranı sınıflara göre şöyledir.

- 1—2. Grup % 1 den aşağı
- 3—4. Grup % 6 dır.

Bu bilgiler gösteriyor ki ilk iki gruptaki gebeler hiç komplikasyon göstermezler. Ancak ilerleyen derecelerde mortalite ve Morbidite artar. Burada ölüm ekseriya doğum esnasında ve doğumdan çok kısa bir süre sonra olur.

ROMATİZMAL NEDENLİ HASTALIKLAR

Mitral Stenoz:

Gebelik sırasında en sık karşılaşılan romatizmal kalp hastalığı biçimi mitral stenozdur. Szekely ve Snaith⁵ gebelik ve romatizmal kalp hastalığı bulunan 761 olgunun % 90 nında saf veya baskın mitral stenoz bulmuşlardır. En sık karşılaşılan kalp hastalığı olması ve mitral stenozun fizyolojisi ile doğal seyirinin, gebe kadınlarda bunu özellikle tehlikeli hale getirmesi nedeniyle burada ayrıntılı olarak sadece lezyon ele alınacaktır.

Mitral stenozda birincil işlevsel kusur diastol sırasında kan akışının sol atriumdan sol ventriküle akışının engellenmesidir. Bu obstrüksiyon, kapak ağzı sol atriyumda basıncı artıracak veya kalp debisini azaltacak kadar daralmadığı sürece hemodinamik yönden önem kazanmaz. Sol atriyumdaki basınç artışı, pulmoner ven ve kapillere yansır, ve belirli bir düzeye ulaştığında alveoler duvarlar ve alveölsürlere sıvı transüstasyonu olur ve akciğer konjesyonu belirir. Bu ise anneye yönelik ana tehdittir. Yani kritik faktör mitral kapaktan olan akışın mekanik obstrüksiyonudur.

Akciğer konjesyonu ekzersize eşlik eden kardiyak debideki artış nedeniyle geçici olarak presipite edilebilir veya korku veya ağrıdan doğan taşikardi nedeniyle görülebilir. Genellikle mitral kapakta olan akışın hızı kardiyak debideki normal artış tarafından arttırılır. Üstelik diastol sırasında mitral kapaktan kan akışı için geçen zaman, gebeliğe eşlik eden artmış kalp hızı nedeniyle azalmıştır. İleri mitral stenozlularda artmış akış hızı sadece sol atriyum, pulmoner ven ve kapillerlerde basınç artışı ile gerçekleştirilebilir. Pulmoner kapiller basınçtaki bu artış ve distansiyon sıvı transüstasyonu ve ödem olası-

lığını arttırır ve emniyet sınırlarını daraltır. Normal gebe kadınlarda, pulmoner kapiller kan hacminde herhangi bir artış saptanmamasına karşın, mitral stenoz bulunan kadınlarda bir artış vardır^{2,7}. Elde mevcut kanıtlar mitral stenozlu kadınlarda gebeliğin tehlikeli olduğunu göstermekte ve azami kalp yükünün bulunduğu dönemlerde yani gebeliğin son birkaç ayı ve kurtulma sırasında genellikle akciğer konjesyonu görülmektedir.

Mitral stenozlu olguların genel tıbbi bakımı tedavi ilkeleri başlığı altında özetlenmiştir. Bununla beraber akciğer ödemi riski bulunan olgularda kullanılması gereken bazı özgül terapötik yaklaşımlar bulunmaktadır. Sodyum alımının orta derecede kısıtlanması (günde 2 gr.) ve oral diüretiklerin uzun süre kullanılmaları gerek kardiyak debi ve gerek plazma hacmindeki gebelikle ilgili artışı başarılı biçimde sınırlar ve akciğer konjesyonunu önler. Fiziki aktivite ile kardiyak debiyi artıran tüm etkenlerin kısıtlanması önemlidir. Dijital, mitral stenoz bulunan tüm olgulara sağlık verilir ve bunun nedeni sadece kalp hızını yavaşlatabilmesi değil, çok daha önemli olarak, gebelik sırasında olguda atriyal fibrilasyon oluşturacak taşikardiyi asgariye indirmesidir. Gebelik sırasında bu aritmi gelişecek olursa çok yüksek oranda maternal komplikasyonlar olur. Tüm olgularda ilaç (kinidin) elektiriksel kardiyoversiyon denenmelidir ve 2 ci yöntem fetüs üzerine hiçbir zahiri, zararlı etki olmaksızın gebelik sırasında başarı ile uygulanmıştır⁸. Devamlı diüretik tedavisinde olan tüm olgularda özellikle dijital kullanılırken potasyum desteği sağlanması tavsiye edilir. Romatizmal kalp hastalığı bulunan olgularda gebelik boyunca penisilin profilaksisi ve intrapartum ve erken lohusalıkta geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi sağlık verilir. Doğum sırasında en önemli girişim ağrının gide-

rilmesidir. Ağrı, sert mitral stenoz bulunan olgularda muhtemelen taşikardiye bağlı olan akciğer konjesyonuna neden olabilir. Dolayısıyla doğumun erken döneminde yeterli intravenöz analjezi ve sedasyonun uygulanması temeldir ve hasta rahatlığını sürdürmek için doğumun geç dönemleri ve kurtulmaya ait kondüksiyon analjezi ve anestezi ile (lomber epidural veya kaudal) kombine edilmelidir. Uterus kasılmaları sırasında akciğer kan hacminde geçici bir yükselme olduğu ileri sürülmüştür²⁹. Kurtulma sırasında kalbe olan venöz dönüşte ek bir belirgin artış olur. Bu her iki olay mitral stenoz bulunan olguları akciğer konjesyonu yönünden önemli bir riske maruz bırakır. Bununla beraber kan akışındaki büyük dalgalanmalar hastanın doğum sırasında yan kurtulma (sims) pozisyonunda yatırılması ile önemli ölçüde giderilebilir. Bu postüral önlemler ve ağrının giderilmesi ile hastanın anksiyetesini yok etmek için yapılan emosyonel destek mitral stenozlu annenin tehlikeli intrapartum dönemden emniyetle geçişine izin verilebilir. Genel tedavinin en önemli yönleri total kalp yükünün azaltılmasına yöneltilir. Bununla beraber kardiyak kapasiteyi artırıcı yöntemler de vardır. Bunlardan en önemli olanı kardiyak lezyonun cerrahi onarımıdır. Mitral stenoz cerrahisinin gebelik sırasında başarı ile uygulanmasına karşın uzmanların çoğu bu girişimin genel müdahale için de sınırlı bir rol oynadığını kabul etmektedir. Bu girişimin gebeliğin sonlandırılmasını reddeden ve erken gebelik döneminde uygulanan katı tıbbi girişime cevap vermeyen hemoptizi ve tehlikeli pulmoner konjesyonlu ağır mitral stenoz bulunan ender olgulara saklanması gerekir. Bu akıllı yaklaşım en mükemmel sonuçların alınmasını sağlar. Gebelikte, kardiyak yedeğin azalması nedeniyle kalp cerrahisi gerekebilir ve vücut dışı dolaşım gebelik sırasında önemli

bir fetal risk oluşturur³⁰. Son olarak mitral valvulotomi şifa yerine salah verici bir operasyon olarak kabul edilmektedir³¹⁻³². Ve bundan sağlanan zararlar ekseriya sınırlı siredir. Dolayısıyla bu operasyonun mitral stenoz bulunan olgularda ilerleyici bozulma zincirini kırabilmek için hastaya azami yararlı olacağı dönemde yapılması gerekir. Valvulotomi daha sonraki gebeliklerin başarılı biçimde sonlanacağını garantilemez.

Mitral Yetmezlik:

Pratik konumu yönünden mitral yetmezliği ciddi obstetrik zorluklar arzetmez. Ölümle sonuçlanan dekompanasyon gösteriler yalnız mitral stenozu ile kombine vak'alarda ortaya çıkar ve böyle vak'alarda zaten dikkatler mitral stenozu üzerine çevrilmelidir. Eğer gebelikteki hemodinamik değişiklikler sonucu insifize kapaktan geriye kaçan kan hacmi oldukça büyük olsa bile bu durumda pek önemli sonuçlar çıkarmaz. Böylece gerek Dack ve arkadaşları ve gerekse Gorenberg ve Chestly gebelik esnasında dekompanasyon bir vak'a tesbit edemediklerini belirttiler. Diğer taraftan Kauffman ve arkadaşları tarafından belirtildi ki annenin tehlikesi ancak eğer gebelikten önce dekompanasyon bulguları varsa söz konusu olabilir. Gebeler ekseri şikayetsizdir veya ekseri dispneiktir. Gebeliğin başlangıcında eğer şikayetler oldukça ağırsa interruptio (gebeliğin sonlandırılması) endikedir.

Aort Stenozu:

Aort defektleri gebe kalp hastalarının % 10'unda tesbit edilir. Bu defektler seneler boyu şikayete sebep olmaz. Ancak sol ventrikül miyokardı ileri derecede zarar görmüşse dekompanasyon belirtileri ortaya çıkar ve prognoz bozulur. Aort defektli hastaların çok büyük kısmı gebe kalmaya muktedirdir. Zira doğurma sırasında hastaların büyük bir kısmı sessiz periyottadır. Böylece romatizma menşeli

aort stenozları gebelikte ağır şikayetlere sebep olmaz. Tedavi saf konservatiftir, dekompanasyon ortaya çıkarsa erken gebelikte interrupcio endike olabilir veya geç gebelikte valvulotomi yapılabilir ancak aort stenozlarında valvulotomi güçtür. Mitral komissurotomisinden daha büyük riziko arzeder.

Aort Yetmezliği:

Aort yetmezliği için de uzun süren latent dönem ve prognozu ağırlaştırıcı dekompanasyon safhası yönünden aymen aort stenozu gibidir. Gebelik ekseri komplikasyonsuz geçirilir. Tedavi saf konservatiftir. Ancak dekompanse nadir vakalarda interrupcio veya plastik kapalı operasyon söz konusu olabilir. Ekseriya aort yetmezliği mitral stenozla kombine edilir. Bu durumda mitral stenozu ön plana alınmalıdır.

Peripartal Kardiyomyopati:

Bu nisbeten ender hastalığın fizyopatolojisi hakkında pek az bilgi varsa da olaya eşlik eden maternal mortalite hızı yüksektir. Daha sonraki gebeliklerde nüks etme eğilimi gösterir³¹. Olayın coğrafi dağılımı ve düşük sosyo ekonomik sınıfları tutması protein malnütrisyonunun olası bir temel neden olduğunu düşündürmektedir. Peripartal kardiyomyopati kendisini kalbi daha önce normal olan bir olguda erken lohusalık veya geç gebelik döneminde miyokart yetmezliği ile gösterir. Mutiparlarda, gebelik toksemisi bulunanlarda ve ikiz gebeliği olanlarda daha sıktır. Akciğer embolisi ender değildir. Ve bu kadınların hemen yarısında kardiyomegali kalıcılık gösterir. Tedavi yatak istirahati, dijital ve diüretiklerden oluşur. Bu olguları özellikle riske sokan bir durum olan trombo embolizmi önlemek için küçük dozda heparin tavsiye edilir³⁴. Daha sonraki gebelikler sırasında sık sık konjestif yetmezlik nöksleri ve hatta ölüm yapması nedeni ile kardiyomegalinin devam ettiği olgularda sterilizasyon önerilir^{33, 34}.

Aort Koarktasyonu:

1961'de yayın taraması yapan Goodwin'in vardığı sonuç⁶³, komplikasyonsuz aort koarktasyonu bulunan kadınlarda gebeliğin ek bir risk getirmediğidir. Mamafiyayınlanmış tüm koarktasyon olgularına ait genel maternal mortalite hızı % 3,5'dur¹⁵. Maternal ölümlerin büyük kısmı aort koarktasyonu ve diğer kardiyovasküler lezyonlar (ekseriya biküsbit aort kapığı) bulunan kadınlarda görülmüştür. Goodwin'in serisinde ölümlerin en sık rastlanan nedeni aort rüptürü, daha az rastlanan nedeni ise kardiyovasküler aksidanlar, konjestif kalp yetmezliği, akciğer ödemi ve bakteriyel endokardittir. Komplikaszyonsuz aort koarktasyonu bulunan kadınlarda fetal risk düşüğe benzemektedir. Schaefer ve ark.⁶⁴ 18 gebelik bulunan 5 kadında gebeliğin sonucunu yayınlamışlardır. 15 miadında doğum, 1 prematüre doğum ve 2 düşük olmuştur. Komplikaszyonsuz aort koarktasyonu bulunan hastada en uygun tedavi tıbbi olanıdır. Lezyonun gebelik sırasında başarılı şekilde cerrahi onarımına ait raporların bulunmasına karşın genel kanı komplikasyonlar görülmeyen sürece (yani aort disseksiyonu veya anevrizması işaretleri) muhafazakar bir yaklaşımın uygulanması lehindedir. Tıbbi tedavinin gebelik sırasında tedavi ilkeleri başlığı altında verilen rehberle uyularak yapılması gerekir. Aort disseksiyonunun gebeliğin herhangi bir döneminde veya doğum sırasında görülebilmesi ve sezeryan ile önlenmesi nedeniyle maternal riski azaltmak için daha akılcı bir yaklaşım gerekir. Doğum ve kurtulma sırasında tüm dental problemlerde antibiyotik profilaksisi uygulanmalıdır. Doğum sırasında yeterli analjezi ve anestezi sadece hastanın rahatlaması yönünden değil, aynı zamanda forseps doğumuna izin vermesi ve dolayısıyla 2. ci basamakta maternal ıkınmayı önlemesi yönünden önemlidir. Kompl-

kasyonlu aort koartasyonu bulunan kadınlarda gebeliğe eşlik eden mortalite ve morbidite de ciddi bir artış olur. En sık rastlanan işlevsel lezyon aort yetmezliğidir. Lezyonların bu kombinasyonu sol ventrikülün yükünü iki misline çıkartır. Bu olgularda gebelik konterendikedir ve terapötik tahliye sağlık verilir. Aort koarktasyonu cerrahi olarak onarılmış kadınlarda gebelik anneye ek bir risk getir-miyora benzemektedir.

Marfan Sendromu :

Gebeliğin bu ender komplikasyonunda aort diseksiyonu ve ölüm sık görülür. Bunun nedeni,

1. Aort duvarında gebeliğe eşlik eden gerçek yapısal değişiklikler,

2. Normal gebeliğe eşlik eden artmış vuru basıncı.

Marfan sendromu bulunan olgularda gebelik kontredikedir ve gebeliğin başında yapılacak terapatik tahliye yaşam kurtarabilir. Kürtajı reddeden olgularda tüm gebelik boyunca propanolol kullanılması sağlık verilir (vuru basıncının azaltılması amacı ile). Uterus kan akımı olumsuz yönde etkilenmesi ve hatta obstetrik anesteziyolojide büyük problemler yaratabilmesine karşın bunun kullanılması tavsiye edilir^{37.38}.

Pulmoner Hipertansiyon :

Yerleşmiş pulmoner arter hipertansiyonu bulunan kadınlarda gebelik etyoloji ne olursa olsun tehlikelidir ve izin verilmemelidir. Birincil pulmoner hipertansiyon için % 50 üzerinde bir maternal mortalite hızı bildirilmiştir. Jones ve Howim^{39.40} ağır pulmoner hipertansiyona ait klinik kanıtlar bulunan Eisenmenger sendromlu kadınlarda maternal mortalite hızının % 27 olduğuna oysa aorta pulmoner, atriyal veya ventriküler düzeylerde komplikasyonsuz şant bulunan olgularda bu değer % 1,8 olduğunu göstermişler-

dir. Gebelikten önce asemptomatik olan kadınlar dahi yüksek riskli olarak kabul edilirler. Ölüm genellikle senkopal bir hacmi takiben veya dolaşım kollapse ile beraber olarak erken lohusalık sırasında ve kurtulma anında görülür. Riskin saptanmasında en önemli etken pulmoner Hipertansiyonun düzeyidir. Kesin pulmoner arter hipertansiyonu tanısı olan tüm kadınlarda gebeliğin sonlandırılması kuvvetle tavsiye edilmelidir. Buna ek olarak septal defektler veya patent ductus arteriozus bulunan kadınlar gebeliklerinin başında ilk kez görüldüklerinde pulmoner arter basınçlarını ölçtürmelidir. Pulmoner hipertansiyon bulunursa terapatik tahliye önerilir. Gebeliklerinin devamını arzulayan veya emniyetli vajinal kürtaj dönemini aşmış bulunan gebelerde mutlaka tıbbi önlemler başlatılmalıdır. Pulmoner arter basıncını saptamak için sağ kalp kataterizasyonu yapılmalıdır. Sabit pulmoner vasküler direnç bulunan olgularda ekzersiz pulmoner arter basıncının kan akışındaki artışla doğru orantılı olarak yükselttiğinden tüm fiziki aktivitenin katı biçimde kısıtlanması son derece önemlidir⁴¹. Pulmoner vasküler direnci düşürmek ve venöz dönüşü sürdürmek için girişimde bulunmakta önemlidir. Hastanın ayağa kalktığında bacaklarına elastik bandaj uygulanması venöz dönüşü teşvik eder. Bu durum geç gebelik ve erken lohusalıkta çok önemlidir. Geç dönem gebelik ve doğum sırasında sırt üstü uzunma pozisyonundan kaçınma büyük gebe uterusun yapacağı venöz obstürüktif etkiyi önler. Plazma hacmini ve dolayısı ile venöz dönüş ve akciğer perfizyonunu etkilediğinden sodyum kısıtlaması mutlaka aşırı olmalı ve diüretikler dikkatle kullanılmalıdır. Doğum sırasında potansiyel hipotansif etkileri nedeniyle spinal anesteziden kaçınılmalı ve rejyonel blokların tüm tipleri mutlaka itinalı biçimde uygulanmalıdır. Bu

hastalıklarda kan kaybının dikkatle ölçülmesi ve pulmoner perfüzyonun yeterli hacimde sürdürülmesi gereklidir. Doğum sırasında pulmoner vasküler direncin azaltılmasına yardımcı olabileceği onaylanan yöntemlerden birisi oksijen inhalasyonu- dur. Lohusalıkta elastik bandaj uygulanarak olgunun erkenden ayağa kaldırılması mecburidir. Bu hastalarda kurtulma ve cerrahiden sonraki pulmoner vasküler trombozriski yüksek olduğundan postpartum birinci haftada antikoagülan tedavi tavsiye edilir^{4,2}.

Pulmoner arter hipertansiyonu bulunan olgular özel teropotik ikilem gösterirler. Zira hekim bir yandan yeterli venöz dönüş ve pulmoner perfüzyonun sağlanması için devamlı olarak sıkı bir kontrolü sürdürmeğe mecbur iken öte yandan pulmoner aşırı yüklenme ve ölümü önleyebilmek için kardiovasküler istemi sınırlayıcı girişimler göstermeğe zorunludur.

KORONER DAMARLARIN HASTALIKLARI

Kadınlarda doğurganlık yaşında koroner siklorozun görülmesi hakikaten çok nadirdir. E. K. G. yardımıyla tam bir teşhise gitmek zordur. Zira gebelikte normal olarak ortaya çıkan E. K. G. değişiklikleri patolojik hadiselerle karıştırılabilir. Diğer taraftan nadir olmayarak sıhhatli gebeler tarafından steno kardik semptomlar hissedilir. Bu semptomlarda, sternum altında sancı, sağ kola yayılan ağrı gibi. Tahmin edilir ki koroner sikleroz sıklığı gebelikte görülen kalp hastalıklarının % 1'idir. Pre-dispoze sebepler (Diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, familyer hiper kollestrolemi, v.s.) Koroner arter hastalığı bir gebeliğin taşınması için bir kontrendikasyon teşkil etmez. Bir gebeliğin koroner sikleroz seyri üzerindeki etkilerini maalesef yeterli vak'a bulunmadığı için bilmiyoruz. An-

cak kabul edilen şudur ki gebelik esnasında kadın seks hormonlarının ileri derecede artması herhalde hastalığı iyi yönde etkiler. Ama diğer yönden artan kalp işi zaten insüfizansa uğrayan miyokart kanlanmasını daha da bozacaktır. Diğer taraftan eğer gebelikten önce supsiternal ağrılar, eğer dispneleri ve E. K. G. de ST depresyonu gibi semptomlar varsa böyle hastalar klasifikasyonlara göre prognozu kötü guruplara dahildir. Miyokardın gebelik esnasında ve bilhassa doğum esnasında fazla yüklenmesi tabloyu kötüleştirir. Fizyolojik olarak fazla yüklenme zamanla ani ar-restler, ağır dekompanstasyonlar veya M.I lara sebep olabilir. Bu sebeple hastalar 7. 8. aylarda ve doğumdan sonra srekli dahili kontrol altında bulundurulmalıdırlar. Mendelson 25 vak'alık kroner insüfizanslı gurupta maternal ölümü % 20 olarak tesbit etti.

Miyokart Enfaktisi:

Mendelson gebelikte ortaya çıkan 37 MI vak'ası yayınlandı. Vak'aların çoğunda infarkt olayı gebelikten çok önceki senelere aitti. İnfarktı gebelik seyrinde yaşıyan 10 kadından 2'si öldü. Tedavi dahilidir ve burada dikkat edilecek en önemli konu her türlü bedeni faaliyetin sınırlandırılmasıdır. Eğer iyi takip edilirse antikoagülan tedavi uygundur. Önceleri herkesin korktuğu fetusuda rizikoya sokan kanamalar artık pek dikkate alınmıyor. Son zamanlarda başarılı antikoagülan tedavi üzerine yayınlar artmıştır. Doğum idaresi infarktın olduğu tarihe bağlıdır. Hastalık üzerinden birçok hafta geçmiş ise iyileşme ile doğum normal yoldan yapılabilir. Ancak MI doğum tarihinden çok kısa süre önce olursa bu durumda doğum idaresi doğum seyrine bağlıdır. Eğer bir mültipar söz konusu ve doğumun çabuk ve kolay olacağı tahmin edilirse doğum vajinal yoldan sonlandırılır. Eğer söz konusu gebe

pirimipar ve obstetrik yünden zorluklar varsa o zaman seksiyoya gidilir.

Ritim Bozuklukları:

Sinüzal Taşikardi: Fizyolojik olarak kalp atım sayısı yüze çıktığı zamanlar sinüzal taşikardiden ayrılamaz. Diğer taraftan sinüzal taşikardi henüz başlayan kardiyak yetmezliğin ilk işareti olabilir.

Sinüzal Bradikardi: Gebelikte nadiren görülür. Ekseri vegetoniklerde olur. Tedavi gereksizdir.

Bloklar: (PR Uzaması) Gebelikte aktif ve inaktif romatizmal kalp hastalarından nonspesifik miyokardit, dijital etkisi olarak görülür. Teşhis yönünden değeri vardır. Parsiyel ve komplet kalp blokları ciddi bir komplikasyon teşkil eder. Bu durum V. S. D. ile birlikte doğuştan olduğu gibi romatizmal kalp hastalığı sonucu sonradan olabilir. Nadiren doğurganlık çağındaki kadınlarda arteriyoskleroz, miokardit, sy'de neden olabilir. Ekseriya total blok söz konusudur. Gebelik adam-stokes hecmelerini provoke etmez. Prognoz temeldeki hastalığa bağlıdır. 47 bloklu gebede 26'sında sonradan kazanılmış kalp bloku vardır. Hastaların % 19'u kalp yetmezliği veya endokardit sonucu öldüler. Geriye kalan % 45 konjenital sebepli vak'ada ölüm olmadı. Tedavi burada da temeldeki hastalığa yöneliktir. Seksiyo obstetrik zorluklar neticesi yapılır.

P. A. T. : P. A. T. kalbi sağlam gebelerde olabilir. P. A. T. lerde kardiyak insüfians olabilir. Maternal ölüm % 4-5 dir. Burada da temeldeki hadise prognoz ve tedavi yönünden önemlidir.

Ventriküler Taşikardi: Gebelikte nadiren görülür. Mendelsona göre literatürde iki vak'a yayınlanmıştır. Ağır bir kalp hastalığı neticesidir.

Atriyal Fibrilasyon: Akut A. F. gebelikte nadirdir. Ve ekseriya bu durum kalp kapak hastalığı (daha çok mitral stenoz) sonucu olarak ve sitres şartlarında yani doğum esnasında daha çok ortaya çıkar. Kronik A. F. de ekseriya mitral stenozlularda olur. Prognoz çok ciddidir. 117 vak'anın 52 sinde ağır kalp yetmezliği ortaya çıkmış maternal mortalite % 17, çocuk mortalitesi % 50 dir. Kalp yetmezliğinden sonra emboli, A.F. nin en ciddi komplikasyonudur. Bu sebepten profilaktik antikoagulan tedavi gereklidir. Bu tedavi seksiyoya gidilecekse daha mühimdir A.F. karşısında gebeliğin sonlandırılması hususu kardiolog ve jinekolog tarafından erken dönemlerde tartışılmalıdır. Gebelik sonuna kadar taşınırsa ancak saf obstetrik sebeplerden ötürü seksiyoya gidilmelidir. Zira bu vak'alarda seksiyon sonucu ölüm % 30 dur. Vajinal yolla ölüm % 6'dır

Cor Pulmonale: Gebelikte akut cor pulmonale ekseriya dolaşımın ileri derecede yüklenmesi ve pulmoner damarların fibrin trombüsleri veya kan ve amniyos embolisi ile ani tıkanması neticesi ortaya çıkar. Hastalık tablosu ani ölüme götürmezse tedavi embolilerde uygulandığı gibidir. Ve hadiseyi ortaya çıkaran nedene yöneliktir.

Kronik cor pulmonale respirasyon sisteminin hastalıkları veya pulmoner damarların hastalıkları sonucu ortaya çıkar. Ekseriya genç kadınlarda pulmoner hipertansiyon gösteren temel hastalık astma bronşiale ve kifoskolyozdur. Kifoskolyozda gebelikte giderek artan bir göğüs boşluğu daralması olur. Ve kalbin horizontal durumu artar. Zaten azalmış olan vital kapasite 1000 cm³ ün altına düşer. Kronik cor pulmonale kalbe ilave bir yüklenme yaparsa da gebeliğe son vermek yine de ilk planda düşünülecek husus değildir. Zira % 74 lük oksijen doygunluğu gebeliğin seyrini etkilemez. Astmalılarda do-

ğum idaresinde medika mantöz solunum deprosyonu ve öksirik refleksinin baskı altına alınması önerilir. İtilme döneminin kısaltılması tavsiye edilir. Mendelson pudentus anestezi önerir. Zira inhalasyon narkozu pulmoner komplikasyonları daha da artırır. Ağır kifoskolyos vakalarında obstetrik sebebler yüzünden seksiyu daima söz konusudur. Bunlar'da genellikle

pelvis de bozuktur. Plamenta periodu kanama az veya çok olsun kritik bir zaman periodunu teşkil eder. Zira rölatif küçük kan hacimlerinde kolayca hipovolomik kollapsa girilebilir. Venöz akım bacakları bandajlayarak sağlanır ve infizyon ile transfizyon imkanlarını hazırlamak tavsiye edilir.