

Ανασκόπηση

Αντιμετώπιση εγκυμοσύνης σε γυναίκες με συγγενή καρδιοπάθεια

Σ. Παλλίδης¹
Σ. Πεπέζ²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η τεράστια πρόοδος που έλαβε και λαμβάνει χώρα τα τελευταία χρόνια στην παιδοκαρδιολογία και καρδιοχειρουργική είναι εκπληκτική. Αποτέλεσμα της εξέλιξης αυτής είναι ο όλο και αυξανόμενος αριθμός νεαρών εγκύων γυναικών με συγγενή καρδιοπάθεια. Με τα δεδομένα αυτά, βαθμιαία δημιουργήθηκε η υποειδικότητα της παιδοκαρδιολογίας, που ασχολείται με ενηλίκους με ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας. Έτσι, οι παιδοκαρδιολόγοι καλούνται από τους μαιευτήρες να παράσχουν τη βοήθειά τους για την αντιμετώπιση μιας τέτοιας εγκυμοσύνης.

Όλες οι εγκυμονούσες γυναίκες με συγγενή καρδιοπάθεια θα πρέπει να παρακολουθούνται συνδυασμένα από μαιευτήρα και καρδιολόγο. Ο τελευταίος κατά προτίμηση θα πρέπει να είναι εξειδικευμένος στις συγγενείς καρδιοπάθειες των ενηλίκων. Όλοι οι πάσχοντες από συγγενή καρδιοπάθεια θα πρέπει απαραίτητως να παρακολουθούνται εφόρου ζωής. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης οι ενδιαφερόμενες πρέπει οπωσδήποτε να συζητούν εγκαίρως με το γιατρό τους. Σε πάρα πολλές περιπτώσεις, εκείνες που ελέγχονται τακτικά, ούτως ή άλλως ενημερώνονται για το κατά πόσο είναι σε θέση να αποκτήσουν παιδιά. Δυστυχώς ορισμένες γυναίκες θεωρούν ότι άπαξ και χειρουργήθηκαν το πρόβλημα θεωρείται λήξαν και έτσι παύουν κάθε επαφή με τον θεράποντά τους γιατρό. Πολλές φορές εμφανίζονται ξαφνικά μετά από χρόνια ενώ είναι πλέον έγκυες και ζητούν βοήθεια. Η βελτίωση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μας μέσων έχουν μειώσει στο ελάχιστο τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των γυναικών αυτών. Παρόλα αυτά τέτοιες περιπτώσεις χρειάζονται άρτια οργανωμένα κέντρα με ιδιαίτερη εμπειρία.

Όροι ευρετηρίου: συγγενείς καρδιοπάθειες, βαλβιδοπάθειες, παιδοκαρδιολογία, καρδιοχειρουργική.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τεράστια πρόοδος που έλαβε και λαμβάνει χώρα τα τελευταία χρόνια στην παιδοκαρδιολογία και καρδιοχειρουργική είναι εκπληκτική. Αποτέλεσμα της εξέλιξης αυτής είναι ο όλο και αυξανόμενος αριθμός νεαρών εγκύων γυναικών με συγγενή καρδιοπάθεια. Με τα δεδομένα αυτά βαθμιαία δημιουργήθηκε η υποειδικότητα της παιδοκαρδιολογίας, που ασχολείται με ενήλικες με ιστορικό συγγενούς

¹Ιδιώτης Παιδίατρος-
Παιδοκαρδιολόγος

²Μαιευτήρας-Γυναικολόγος,
Επιστημονικός συνεργάτης Γ΄
Μαιευτικής και Γυναικολογικής
Κλινικής ΑΠΘ, «Ιπποκράτειο»
Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:
Σίμος Παλλίδης
Ιδιώτης Παιδίατρος-
Παιδοκαρδιολόγος
Αλεξάνδρου Σβώλου 34
54 622 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 275088
Κατατέθηκε: 10/07/06
Εγκρίθηκε: 20/10/06

καρδιοπάθειας. Έτσι οι παιδοκαρδιολόγοι καλούνται από τους μαιευτήρες να παράσχουν τη βοήθειά τους για την αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης.

Προς το παρόν η συχνότητα εγκύων γυναικών με συγγενή καρδιοπάθεια κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 0,1%^{1,2}. Οι συνηθέστερες συγγενείς καρδιοπάθειες που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι: ανοιχτός αρτηριακός πόρος, μεσοκολπική επικοινωνία, στένωση πνευμονικής, μεσοκοιλιακή επικοινωνία, τετραλογία Fallot, στένωση ισθμού της αορτής, παθήσεις της αορτικής βαλβίδας, παθήσεις της μιτροειδούς βαλβίδας και ανωμαλία Ebstein.

Σε ό,τι αφορά στον κίνδυνο θανάτου της μητέρας, αυτός ανέρχεται σε υψηλά επίπεδα στο σύνδρομο Eisenmenger, όπου το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 26% και 50%³. Η μητρική θνησιμότητα πιστεύεται επίσης ότι είναι υψηλή στο σύνδρομο Marfan⁴ και στην κλασική μορφή του συνδρόμου Ehler-Danlos⁵. Μη διορθωθείσα στένωση ισθμού της αορτής συνοδεύεται σε ποσοστό 13% από θάνατο του εμβρύου και υπολειπόμενη ανάπτυξη⁵. Τούτο κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στη μη καλή άρδευση του πλακούντα.

ΠΡΟΔΗΛΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Όλες οι εγκυμονούσες γυναίκες με συγγενή καρδιοπάθεια θα πρέπει να παρακολουθούνται συνδυασμένα από μαιευτήρα και καρδιολόγο. Ο τελευταίος κατά προτίμηση θα πρέπει να είναι εξειδικευμένος στις συγγενείς καρδιοπάθειες των ενηλίκων. Όλοι οι πάσχοντες από συγγενή καρδιοπάθεια θα πρέπει απαραίτητα να παρακολουθούνται εφόρου ζωής. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης οι ενδιαφερόμενες πρέπει οπωσδήποτε να συζητούν εγκαίρως με το γιατρό τους. Σε πάρα πολλές περιπτώσεις εκείνες που ελέγχονται τακτικά, ούτως ή άλλως ενημερώνονται για το κατά πόσο είναι σε θέση να αποκτήσουν παιδιά. Δυστυχώς ορισμένες γυναίκες θεωρούν ότι άπαξ και χειρουργήθηκαν το πρόβλημα θεωρείται λήξαν και έτσι παύουν κάθε επαφή με τον θεράποντά τους γιατρό. Πάρα πολλές φορές εμφανίζονται ξαφνικά μετά από χρόνια ενώ είναι πλέον έγκυες και ζητούν βοήθεια. Παρόλα αυτά μόνο το σύνδρομο Eisenmenger και η πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση αποτελούν απόλυτες αντενδείξεις για διακοπή της κύησης. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η απόφαση για συνέχιση ή διακοπή της εγκυμοσύνης συζητείται και αποφασίζεται ανάλογα με το βαθμό επικινδυνότητας. Είναι βασικής σημασίας να αποφευχθούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παράγοντες, οι οποίοι είναι δυνατό να δημιουργήσουν καρδιακή κάμψη. Τέτοιες αιτίες περιλαμβάνουν

διαφορές λοιμώξεις, όπως π.χ. ουρολοιμώξεις, υπέρταση, παχυσαρκία, πολλαπλή κύηση, αναιμία, εμφάνιση αρρυθμιών και πολύ σπάνια εμφάνιση υποθυρεοειδισμού⁶.

ΠΡΟΚΛΗΣΗ Ή ΜΗ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Η καρδιοπάθεια της εγκύου δεν θα πρέπει να αποτελεί αντένδειξη για πρόκληση του τοκετού. Μάλιστα ενδείκνυται σε δύσκολες περιπτώσεις, όπου η εγκυμοσύνη είναι προς το τέλος και θα ήταν επιθυμητός ο τοκετός κατά τη διάρκεια της ημέρας, έτσι ώστε οι συνθήκες να είναι από πλευράς ιατρικής κάλυψης καλύτερες. Στις περισσότερες περιπτώσεις η αναισθησία προτιμάται να είναι επισκληρίδια. Το είδος αυτό της αναισθησίας συζητείται σε σύνδρομο Eisenmenger και αντενδείκνυται σε υπερτροφική καρδιομυοπάθεια. Εάν αποφασιστεί καισαρική τομή, αυτή μπορεί να γίνει χωρίς πρόβλημα, με την προϋπόθεση πάντα ότι η εμπειρία του αναισθησιολόγου είναι η ανάλογη. Η καισαρική τομή πρέπει να συνιστάται μόνον αν υπάρχει μαιευτική ένδειξη. Διαφορετικά ο τοκετός πρέπει να αφήνεται να εξελιχθεί φυσιολογικά. Η χορήγηση οξυτοκίνης στο τρίτο στάδιο του τοκετού συζητείται πάρα πολύ. Ο λόγος είναι ότι η εργομετρίνη με την οξυτοκίνη είναι δυνατό να προκαλέσει τονικό σπασμό της μήτρας, εκλύοντας περίπου 500ml αίματος στην κυκλοφορία. Όμως, η αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό σε μια γυναίκα με συγγενή καρδιοπάθεια δεν είναι εύκολη. Ως εκ τούτου συνιστάται η χορήγηση οξυτοκίνης⁷ στο τρίτο στάδιο, με συνεχή έγχυση σε όλες τις γυναίκες, εκτός εάν υπάρχει καρδιακή κάμψη. Η οξυτοκίνη μπορεί να συνοδεύεται από ενδοφλέβια χορήγηση φουροσεμίδης.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

Η χρησιμότητα της χορήγησης αντιβιοτικών για την πρόληψη της ενδοκαρδίτιδας κατά τη διάρκεια του τοκετού δεν έχει πλήρως διαπιστωθεί. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλά περιστατικά εγκύων γυναικών με συγγενή καρδιοπάθεια, όπου δεν χορηγήθηκαν αντιβιοτικά⁸. Παρόλα αυτά πιστεύεται ότι γυναίκες με συγγενή καρδιοπάθεια βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ενδοκαρδίτιδας κατά τον τοκετό και έχουν αναφερθεί και θάνατοι. Η γνώμη μας είναι να χορηγείται αντιβίωση προληπτικά. Εδώ θα συμφωνήσουμε με την προφύλαξη του M. de Swiet⁸, όπου συνιστώνται 500mg αμπικιλλίνης ενδομυϊκώς και γενταμυκίνης 80mg ενδομυϊκώς. Η χορήγηση συνιστάται σε τρεις ενέσεις ανά 8ωρο μετά την έναρξη ή την πρόκληση του τοκετού. Σε

περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλίνη χορηγείται μία ενδοφλέβια ένεση teicoplanin (Targocid) 6mg/kg συν γενταμυκίνη 2mg/kg.

Από την προσωπική μας εμπειρία επί συνολικά δέκα περίπου γυναικών (4 περιπτώσεις τετραλογίας Fallot) χειρουργηθείσες κατά τη βρεφική ηλικία, (2 περιπτώσεις μεσοκοιλιακής επικοινωνίας) μη χειρουργηθείσες, (1 με μεσοκολπική επικοινωνία) η οποία διαγνώθηκε τυχαία κατά τη διάρκεια της τρίτης κύησης και τριών άλλων περιπτώσεων (στένωση ισθμού αορτής 1, στένωση πνευμονικής 2) χορηγώντας το σχήμα που περιγράφηκε δεν αντιμετωπίσαμε κανένα πρόβλημα.

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΥΘΜΙΑ

Άλλες περιπτώσεις οι οποίες πρέπει να αντιμετωπισθούν είναι η παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας και αρρυθμίας. Σε ό,τι αφορά στην πρώτη περίπτωση, η αντιμετώπιση είναι η ίδια όπως και στις μη έγκυες. Αναφορικά με τη δεύτερη περίπτωση, τα αντιαρρυθμικά φάρμακα τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί είναι διγοξίνη, κινιδίνη, β-αδρενεργικοί αναστολείς, ιδιαίτερα propranolol και oxprenolol. Έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί και άλλα αντιαρρυθμικά φάρμακα, αλλά η εμπειρία είναι γενικά περιορισμένη.

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Το μεγάλο πρόβλημα είναι οι έγκυες οι οποίες βρίσκονται σε αντιπηκτική αγωγή. Οι αιτίες για αντιπηκτική αγωγή είναι: πνευμονική υπέρταση εξαιτίας νόσου των πνευμονικών αγγείων, τεχνητές βαλβίδες ή κολπικός περυσισμός. Ο τοκετός σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο. Οι γυναίκες αυτές βρίσκονται ούτως ή άλλως σε συνεχή θεραπεία με warfarin και θα πρέπει προς το τέλος της εγκυμοσύνης να χρησιμοποιηθεί ηπαρίνη. Ακολουθεί έτσι κάποια ειδική αντιμετώπιση που δεν είναι του παρόντος να περιγραφεί λεπτομερώς. Τέτοιες περιπτώσεις είναι ιδιαίζουσες, γιατί θα πρέπει αφενός να φροντίσουμε τη μητέρα και αφετέρου να παρακολουθούμε και να προβλέπουμε την κατάσταση του εμβρύου για ενδεχόμενη αιμορραγία. Υπάρχουν μάλιστα περιπτώσεις όπου πρέπει να χορηγείται βιταμίνη Κ ενδομυϊκώς στο έμβryo με ένεση διαμινικά⁹.

ΣΤΕΝΩΣΗ ΙΣΘΜΟΥ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ MARFAN

Σχετικά με τις περιπτώσεις στένωσης ισθμού αορτής και συνδρόμου Marfan ο κίνδυνος που επικρατεί είναι η διατομή της αορτής. Περίπτωση θανάτου μπορεί να ανέρχεται και σε ποσοστό

17%¹⁰. Παρόλα αυτά, καλή μαιευτική παρακολούθηση και επιθετική αντιυπερτασική θεραπεία μειώνει τον κίνδυνο¹¹. Από προσωπική μας εμπειρία, σε δύο περιπτώσεις η εγκυμοσύνη εξελίχθηκε καλά. Οι σύγχρονες απόψεις σε ό,τι αφορά στις περιπτώσεις με σύνδρομο Marfan συγγλίνουν στην άποψη ότι ο κίνδυνος είναι μικρός. Ενδεχομένως να συστηθεί διακοπή κύησης για τις πολύ σοβαρές μόνο περιπτώσεις.

ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι συνήθως χωρίς προβλήματα σε ασθενείς με υπερτροφική καρδιομυοπάθεια, παρόλο που η κατάσταση αυτή μεταδίδεται γονιδιακά κατά τον επικρατούντα χρωστικήρα. Στις περιπτώσεις αυτές δεν συνιστάται καισαρική τομή, εκτός εάν συντρέχουν καθαρά μαιευτικοί λόγοι.

Συμπεραίνεται ότι θα μπορούσε ο τοκετός να είναι κολπικός, υπό την προϋπόθεση ότι η έγκυος δεν παρουσιάζει καταβολή και υπόταση. Σε περίπτωση ταχυκαρδίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν αναστολείς των β-υποδοχέων. Σε αρκετές από αυτές τις ασθενείς η εγκυμοσύνη εξελίσσεται καλά χωρίς τη χρήση αυτών των φαρμάκων. Για περαιτέρω ενημέρωση παραπέμπουμε στο σχετικό άρθρο¹².

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Η περίπτωση συγγενούς καρδιακού αποκλεισμού της μητέρας δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα. Υπάρχουν αναφορές όπου ο τοκετός εξελίχθηκε ομαλά, ακόμη και σε έγκυες τόσο με βηματοδότη¹³, όσο και χωρίς¹⁴.

ΠΕΡΙΠΛΟΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ

Σε περίπλοκες περιπτώσεις, όπως ατρησία τριγλώχινας βαλβίδας, μητέρες που χειρουργήθηκαν με τη μέθοδο Fontan, μονήρη κοιλία, εγχείρηση Mustard (για μετάθεση μεγάλων αγγείων) και ανωμαλία Ebstein, αναφέρονται επιτυχείς εκβάσεις της εγκυμοσύνης. Πιστεύουμε, όμως, ότι οι περιπτώσεις αυτές χρειάζονται πολύ οργανωμένα κέντρα με ιδιαίτερη εμπειρία.

ΠΡΟΔΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Τέλος συνιστάται να γίνεται απαραίτητως προληπτικός υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου, σε κάθε εγκυμονούσα με ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας. Η εξέταση αυτή με την αποκτηθείσα εμπειρία και τα σύγχρονα τεχνικά μέσα πραγματοποιείται ήδη από την 12^η εβδομάδα της κύησης. Οι

πιθανότητες να πάσχει η καρδιά του εμβρύου από κάποια ανωμαλία είναι αυξημένες σε μια μητέρα με σχετικό ιστορικό. Ως εκ τούτου, ο προαναφερόμενος έλεγχος κρίνεται επιβεβλημένος.

Summary

Pallidis S, Pepes S

Management of pregnancy in women with congenital heart diseases

Helen Obstet Gynecol 19(4):409-412, 2007

The enormous progress that took place the last years in paedocardiology and heart surgery is astonishing. Result of this development is the increasing number of young pregnant women with congenital heart diseases. Subsequently a subspecialty of paedocardiology was created that deal with adults with history of congenital heart diseases. Thus paedocardiologists are called by the obstetricians to provide their help for the management of such pregnancies.

All pregnant women with congenital heart diseases should be watched by both obstetrician and cardiologist. The later should be specialised preferably in congenital heart diseases of the adults. All these women should be looked after until the term of their life. In case of pregnancy, they should inform their doctor, immediately. In many cases that are checked regularly, they are informed about the prognosis of their pregnancy. Unfortunately, certain women after heart surgery cease any contact with their doctors. Often they are presented many years after, while they are pregnant and ask for help. The improvement of diagnosis and treatment has decreased the morbidity and mortality of these women. We believe however that these cases need well organised centres with great experience.

Key words: *congenital heart diseases, valvulopathies, paedocardiology, heart surgery.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Mendelson CL. Cardiac disease in pregnancy. Davis, Philadelphia: PA, 1960.
- Sugrue D, Blake S, MacDonald D. 1981. Pregnancy complicated by maternal heart disease at the National Maternity Hospital. Dublin, Ireland, 1969 to 1978.
- Neilson G, Gale EG, Blunt A. Congenital heart disease and pregnancy. *Med J Aust* 1970; 1:1086-1088.
- Hall JG. Disorders of connective tissue and skeletal dysplasia. In: Simpson JL, Shulman JD. *Genetic Disorders in Pregnancy*. New York: Academic Press 1981; 57-87.
- Rudd NL, Nimrod C, Holbrook KA, Byers PH. Pregnancy complications in type IV Ehlers-Danlos syndrome. *Lancet* 1983; 50-53.
- de Swiet M. Heart disease in Pregnancy. In: de Swiet M, ed. *Medical disorders in obstetric practice*. 3rd ed. Oxford: Blackwell 1995; 116-148.
- Anderson RH, Baker EJ, Macartney FJ, Rigby ML, Shinebourne EA, Tynan M. *Paediatric Cardiology*, 2nd ed. Churchill, Livingstone, 2002, 1883.
- Anderson RH, Baker EJ, Macartney FJ, Rigby ML, Shinebourne EA, Tynan M. *Paediatric Cardiology*, 2nd edition Churchill Livingstone 2002, 1883.
- Larsen JF, Jacobsen B, Holm HH, Pedersen JF, Mantoni M. Intrauterine injection of vitamin K before the delivery during anticoagulant treatment of the mother. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1978; 57:227-230.
- Mendelson CL. Pregnancy and the coarctation of the aorta. *Am J Obstet Gynecol* 1940; 39:1014-1021.
- Benny PS, Prasao J, McVicar J. Pregnancy and coarctation of the aorta. Case report. *Br J Obstet Gynecol* 1980; 87:1159-1161.
- Oakley GDG, McGarry K, Limb DG, Oakley CM. Management of pregnancy in patients with hypertrophic cardiomyopathy. *BMJ* 1979; 1:1749-1750.
- Ginns HM, Holinzake K. Complete heart block in pregnancy treated with an internal cardiac pacemaker. *J Obstet Gynecol Br Com* 1970; 77:710-719.
- Szekely P, Snaith L. Paroxysmal tachycardia in pregnancy. *Br Heart J* 1953; 15:195-198.