

Birinci basamakta bir Peripartum Kardiyomiyopati vakası

A case of peripartum cardiomyopathy in primary care

Burkay Yakar¹, Yusuf Haydar Ertekin², Yasemin Korkut³

¹ Gülabibey Aile Sağlığı Merkezi, Çorum, Türkiye

² Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale, Türkiye

³ Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya, Türkiye

ÖZET

Giriş: Peripartum Kardiyomiyopati (PKM), gebeliğin son ayında ve doğumdan sonraki ilk 5 ay içerisinde, kalp genişlemesi ve kalp kasının zayıflaması sonucu ortaya çıkan konjestif kalp yetmezliği formudur. Otuz yaş ve üzeri gebelik, multiparite, kronik hipertansiyon ve eklampsi PKM gelişiminde önemli risk faktörleridir. Nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik, alt ekstremitede ödem gibi hastalığın erken belirtileri, gebeliğin son dönemlerinde normal karşılaşılabilecek sorunlar olduğundan kalp yetmezliğinden ayırt edilemeyip erken tanı gözden kaçabilmektedir. PKM tanısı anamnez, fizik muayene ve ekokardiyografi ile konur.

Vaka Sunumu: Otuzdört yaşındaki kadın hasta, bir aylık bebeğinin aşısını yaptırmak için aile hekimliği polikliniğimize müracaat etti. Hastanın nefes darlığı, çarpıntı ve öksürük şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinden iki sağlıklı doğum yaptığı, soygeçmişinde ise annesinin Primer Hipertansiyon ve Tip 2 Diyabet hastası olduğu öğrenildi. Gebeliklerinde ve öncesinde herhangi bir hastalık veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde kan basıncı 120/70mmHg, nabızı ritmik ve 122/dakika, kalp seslerinde üfürümü yok, her iki akciğer bazallerde ralleri mevcut, batin muayenesi doğal saptandı. Her iki alt ekstremitede ise gode bırakan ödemi mevcuttu. Anamnez derinleştirildiğinde çarpıntısının doğumdan iki hafta önce başladığı ve postpartum birinci haftada artış gösterdiği öğrenildi. Kalp yetmezliği ve pulmoner emboli ön tanıları düşünülerek kardiyoloji uzmanına sevk edilen hasta akut dekompanse kalp yetmezliği tanısıyla yoğun bakıma yatırılarak tedavi edildi.

Sonuç: PKM gebelikte sık karşılaşılan çarpıntı ve nefes darlığı şikayetlerinin nonspesifik olması sebebiyle erken tanısı güç bir hastalıktır. Hastalığın 30 yaş üzeri annelerde daha sık ortaya çıkması ve günümüzde anne olma yaşının ileri yaşlara gelmesi sebebiyle birinci basamakta PKM'yle karşılaşma olasılığı artmaktadır. Aile hekimleri düşük prevalansta görülen bu hastalığın risk faktörlerini sorgulama, semptomlarını takip etme ve uzmanına danışma yöntemleriyle üstesinden gelebilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, gebelik, kardiyomiyopati, peripartum dönem, postpartum dönem

ABSTRACT

Introduction: Peripartum cardiomyopathy (PKM) is a form of congestive heart failure that results from an enlarging of the heart and a weakening of the heart muscle in the last month of pregnancy and in the first five months of the postnatal period. Major risk factors include pregnancy at >30 years of age, multiparity, chronic hypertension and eclampsia. Patients suffering from PKM generally present with symptoms akin to heart failure, and the condition can be considered normal during the late period of pregnancy. A diagnosis of PKM can be made from anamnesis, a physical examination and echocardiography.

Case Presentation: A 34-year old female patient, visiting the family medicine polyclinic for vaccinations of her 1-month-old infant, was noted to be suffering from shortness of breath, palpitations and coughing. There was no medical history of any disease or medication before or during the pregnancy. The patient's blood pressure was 120/70 mmHg and her pulse was rhythmic at 122/min. There was no cardiac murmur, rales were present in both pulmonary bases and the results of an abdominal examination were normal. Pitting edemas were observed in both lower extremities, and a further anamnesis revealed that the patient's palpitations had begun two weeks prior to the birth, and had increased in the first postpartum week. The patient was transferred to a cardiologist due to concerns of heart failure and a pulmonary embolism, and was then admitted to the intensive care unit for treatment with a diagnosis of acute decompensated heart failure.

Conclusion: Given the higher incidence of disease in mothers >30 years, and the advanced average age of maternity in the present day, the odds of encountering PKM in the primary care is increasing. Family physicians can overcome this low-prevalence of the disease by investigating risk factors, following-up symptoms and consulting experts.

Keywords: Family physicians, pregnancy, cardiomyopathies, peripartum period, postpartum period

Başvuru / Submission: Haziran / June 01, 2016

Kabul / Acceptance: Aralık / Dec 12, 2016

Yazışma / Correspondence: Uzm.Dr. Burkay Yakar, Gülabibey Aile Sağlığı Merkezi, Çorum, Türkiye

E-mail: burkayakar@mynet.com

Atf / Cite: Yakar B, Ertekin YH, Korkut Y. Birinci basamakta bir Peripartum Kardiyomiyopati vakası. Fam Pract Palliat Care. 2016;1(3):73-75

GİRİŞ

Peripartum Kardiyomiyopati (PKM) etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, gebeliğin son ayında ve doğumdan sonraki ilk 5 ay içerisinde ortaya çıkan, kalp genişlemesi ve zayıflaması ile birlikte sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu sonucu kalp yetmezliği semptomlarının görüldüğü bir dilate kardiyomiyopati formudur¹⁻⁴. Etiyolojisi net olarak aydınlatılamamasına rağmen 30 yaş üzeri gebelik, multiparite, hipertansiyon ve eklampsi risk faktörleri arasındadır^{3,5-8}. PKM'nin klinik seyri tam düzelme ile kalp transplantasyonu ihtiyacı gerektiren son dönem kalp yetmezliği arasında geniş bir spektrumdur¹¹. Prognozu etkileyen en önemli etken erken tanı ve tedavidir^{11,12}. Hastalığın erken belirtileri olan nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik ve ödemin gebelik bulguları ile benzerliği tanıda gecikmelere sebep olabilmektedir. Tanı genellikle semptomların ağırlaştığı ve 3-4. evre kalp yetmezliği bulgularının ortaya çıktığı dönemde konur. Hastalığın erken tanı ve tedavisi için gebelik döneminde risk faktörlerinin saptanması, yakın takip edilmesi ve semptomların PKM açısından ayırıcı tanısı gerekmektedir. Nefes darlığı, çarpıntı ve ödem şikayeti ile aile hekimliğine başvuran gebelerde PKM ayırıcı tanısının düşünülmesi erken tanı ve tedavi olanağı sağlayabilir.

OLGU SUNUMU

34 yaş-kadın hasta, ikinci gebeliğinin 36. haftasında öksürük ve nefes darlığı şikâyetleriyle aile hekimliği kliniğimize müracaat etti. Muayenesinde taşikardi ve hafif pretibial ödem saptanan hasta müdahalesiz izleme alındı. 15 gün sonra öksürük ve nefes darlığına çarpıntı eklenmesi üzerine hasta kontrole geldi. Hastanın özgeçmişinde; bilinen bir hastalık olmadığı, ilaç kullanmadığı, 27 yaşındaki ilk gebeliği sonucunda miadında 3200 gr erkek bebeği olduğu öğrenildi. Mevcut gebeliği için kontrollerinin düzenli, tarama testlerinin, kan basıncı takiplerinin, şeker yüklemesi testinin normal olduğu ve gebeliğinin sağlıklı sürdüğü gözlemlendi. Soygeçmişinde annede Esansiyel Hipertansiyon ve İnsüline Bağımlı Olmayan Tip-2 Diyabet olduğu öğrenildi. Muayenesinde taşikardisi ve pretibial ödemi sürmekte olan hasta kardiyolojiye referans edildi.

Postpartum 1. ayda bebeğinin aşısı için gelen hastanın anamnezinden, kardiyolojinin hastayı şüpheli astım anamnezi olması sebebiyle göğüs hastalıklarına referans ettiği, hastaya salbutamol inhaler ile astım tedavisine başlandığı ve 40. haftada spontan doğum yapana kadar hastanın sadece bu tedaviyi aldığı öğrenildi. Anamnezi takiben fizik muayenesinde kan basıncı 120/70 mmHg, nabız 122', oskültasyonda kalp sesleri doğal, bilateral akciğer bazallerde raller dinlendi. Bilateral alt ekstremitelerde gode bırakan ödemi mevcuttu. Postpartum dönemde, önceleri eforla olan nefes darlığının istirahatte ve gece yatarken de olduğu, pretibial ödemin daha da arttığı ve öksürüğün tedaviye rağmen devam etmesi üzerine hasta kalp yetmezliği ön tanısıyla kardiyoloji kliniğine sevk edildi.

Kardiyoloji polikliniğinde, kan basıncı 120/70 mmHg, nabız 110', akciğer seslerinde azalma ve yaygın raller tespit edilmesi, göğüs ağrısı ve genel durumun iyi gözlenmemesi üzerine hasta Peripartum Kardiyomiyopati, Pulmoner Emboli, Dekompanse Kalp Yetmezliği ve Akciğer Ödemi ön tanıları ile yoğun bakım ünitesine yatırılmış. Hastanın biyokimyasal ve ayırıcı tanıya yönelik testleri Pro-BNP dışında normal tespit edilmiş (Tablo 1 ve Tablo 2).

Tablo 1. Biyokimyasal tetkik sonucu

Test Adı	Sonuç	Referans Aralığı
Glukoz	104 mg/dl	70 - 105
Üre	33 mg/dl	10 - 50
Kreatinin	0,94 mg/dl	0,40 - 1,20
Sodyum	135 mmol/L	135 - 145
Potasyum	4,48 mmol/L	3,50 - 5,20

Tablo 2. Ayırıcı tanıya yönelik test sonucu

Test Adı	Sonuç	Referans Aralığı
Troponin T	4,45 pg/ml	0 - 14,00
TSH	3,08 mIU/ml	0,30 - 5,00
Pro-BNP	707 pg/ml	0 - 125
eGFR (MDRD*)	72,45 ml/dk	>60 ml/dk
D-dimer	60 mg/ml	>150 mg/ml

*MDRD; Modification of Diet in Renal Diseases eşitliğiyle hesaplanmıştır

Kalp yetmezliği bulgularının gebeliğinin son ayında veya doğumu takiben ortaya çıkması, kalp yetmezliğinin tanımlanabilir başka nedeni olmaması ve sol ventrikül disfonksiyonu ile beraber sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45'in altında olması kriterlerine^{1,3,11,12} göre hastaya Peripartum Kardiyomiyopati tanısı konuldu (Tablo 3).

Tablo 3. Ekokardiyografi tetkiki ve raporu

Ölçümler	Sonuç	Referans Aralığı
Sağ atriyum boyutu	3,1 cm	2,9 - 4,5
Sağ ventrikül diyastol çapı	3,6 cm	< 4,2
Sol atriyum boyutu	4,4 cm	2,7 - 3,8
Sol ventrikül diyastol sonu çapı	6,4 cm	3,9 - 5,3
Sol ventrikül sistol sonu çapı	5,3 cm	2,1 - 4,0
Septum boyutu	1 cm	0,6 - 1,0
Sol ventrikül arka duvar kalınlığı	1 cm	0,6 - 1,0
Atım oranı % (Ejeksiyon Fraksiyonu)	%25-30	> %55
Aort kökü boyutu	2,7 cm	2,2 - 3,6
Fractional Shortening (FS): %25	%25	>%25
Rapor	<ul style="list-style-type: none"> ⚠️ 1-2. derece mitral ve triküspit kapak yetmezliği ⚠️ Sol kalp boşlukları dilate ⚠️ Sol ventrikül boyutları geniş, duvar kalınlıkları normal, ventrikül sistolik fonksiyonları deprese (global hipokinetik), kaçak akım saptanmadı ⚠️ Sol ventrikül sistolik disfonksiyonu ⚠️ Sol ventrikül diffüz hipokinetik ✓ İntraatriyal ve intraventriküler semptomlar intakt, perikard sıvısı ve trombus saptanmadı. 	

TARTIŞMA

PKM günümüzde erken tanı ve tedavi ile mortalite ve morbiditenin engellenebildiği bir hastalıktır. PKM ile ilgili literatür taramalarında ve bizim vakamızı incelediğimiz hastalıkta en önemli sorunun erken tanıda gecikmeler olduğu görülmektedir. Günümüzde PKM ile ilgili olarak erken tanıdaki gecikmelerin önüne geçmek en önemli araştırma konusu olarak karşımıza çıkmakta. Bu bağlamda erken tanıda hastalığın akla gelmesi ve risk faktörlerini barındıran ve non-spesifik şikayetleri olan hastaların iyi yönetilmesi gerektiği kanaatindeyiz .

Literatür taramalarında ve bizim vakamızda hastaların şikayetlerinin ilerlediği ve ileri dönem kalp yetmezliği bulgularının ortaya çıktığı dönemde kesin tanıların konması günümüzde hala erken tanı için yeterli önlemlerin alınmadığını ve bu konunun daha dikkatli incelenmesi gerektiğini ve tanıda gecikmelere neden olan sorunların saptanmasının önemini göstermektedir. Bizim vakamızda olduğu gibi hasta çeşitli şikayetlerle birçok klinik branş tarafından değerlendirilmekte ve her biri tarafından ayrı ayrı tedavi protokolleri önerilmesi sonucu erken tanı gecikebilmekte ve hastalık ileri dönemlere kadar saptanamayabilmektedir. Aile hekimliği kliniğinde kendi vakamız üzerinde edindiğimiz deneyimlere göre hastanın şikayetlerinin tedrici olarak artması, hastada risk faktörlerinden en az bir tanesinin mevcut olması erken tanıda uyarıcı belirteçler olarak dikkat çekmektedir. Gebe hastalarımızın 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında sürekli farklı hekimler ile karşılaşmaları ve hastalara buralarda yeterli zaman ayrılamaması ve tekrar kontrollerinde hasta ve hekimin bir araya gelmesinde ki zorluklar 2. ve 3. basamakta takip edilen hastalar da erken tanıyı zorlaştırabilen faktörler olduğu kanaatindeyiz. Bu doğrultuda incelendiğinde gebe takibi yapan aile hekimlerinin her gebe de risk faktörlerini mutlaka sorgulamaları, non-spesifik şikayetleri sıkı takibe alınarak PKM açısından değerlendirilmeleri ve uzman konsültasyon ve önerilerinin aile hekimleri tarafından takip edilerek tek çatı altında toplanıp hastanın sıkı takibi ile erken tanıda ki gecikmelerin önüne geçilebileceği kanaatindeyiz.

SONUÇ

Peripartum kardiyomyopati nadir görüldüğü, gebelikte sık karşılaşılan çarpıntı ve nefes darlığı gibi spesifik olmayan şikayetlerden dolayı tanı koymada geç kalınabilen bir hastalıktır. Günümüzde ileri yaş gebeliklerin sayısının artması PKM riskinde artışa sebep olacağından risk grubu hastalarda mutlaka PKM tanısı akla getirilmeli. Etiyolojisinin net olarak aydınlatılmamasından dolayı hastalığı önleme yönünde yetersiz kalmaktayız. Hastalığın nedenlerinin net olarak araştırılması ve ortaya konulması yönünde yapılacak çalışmaların hastalığın önlenmesi, erken tanınması ve tedavisine katkıda bulunabileceği kanısındayız. Aile hekimliği kliniğinde hastaların yakın takip ve uzman konsültasyonları ile erken tanının mümkün olabileceği böylece mortalite ve morbiditenin azaltılacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Peripartum Cardiomyopathy Michael M. Givertz, MD Circulation. 2013;127:e622-e626.) © 2013 American Heart Association, Inc. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.001851
2. Peripartum Cardiomyopathy Ümran Koçak, Derya Tok, Göktürk İpek Abant Medical Journal Volume Cilt 2 Issue Sayı 2 Year Yıl 2013 doi: 10.5505/abantmedj.2013.26818
3. Journal of the American College of Cardiology Vol. 58, No. 7, 2011 (no:4)
4. Peripartum Cardiomyopathy VN Mishra, Nalini Mishra, Devanshi : JAPI April 2013 Vol:61
5. Demakis JG, rahimtoola SH; Peripartum Cardiomyopathy. Circulation 1971;44:964-68.
6. Witlin AG, Mabie WC, Sibai BM. Peripartum cardiomyopathy: an omnious diagnosis. Am j Obstet Gynecol 2008;199: e5-6
7. Mielniczuk LM, Williams L, Davis DR, et al. Frequency of peripartum cardiomyopathy. Am J Cardiol 2006;97:1765-8
8. Amos A, Jaber WA, Russel SD. Improved outcomes in peripartum cardiomyopathy with contemporary. Am Heart J 2006;152:509-13
9. Goland S, Modi K, Bitar F, et al. Clinical profile and predictors of complications in peripartum cardiomyopathy. J Card Fail 2009;15: 645–50.
10. Groesdonk HV, Dinse- Lambracht A, Doblanski W, Doblanski U, Galm C, Muth C-M. Unrecognized peripartum cardiomyopathy, case series and comprehensive review of literature. Appl Cardiopulm Pathophysiol 2009;13:237– 42.
11. Kaaja R. Peripartum cardiomyopathy. Minerva Cardioangiol 2006; 543: 331–6.
12. Person GD, Veille JC, Rahimtoola S. et al. Peripartum cardiomyopathy: National Heart, Lung and Blood Institute and Office of Rare Diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review. JAMA 2000;283:1183-8