

Gebelikte Aritmi ve Tedavisi

Turhan KÜRÜM¹, Ayhan GÜRÇAĞAN¹

ÖZET

Gebelik sırasında aritmilerin yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir, ancak gebeliğin aritmojenik etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Bununla beraber; çarpıntı, başdönmesi ve bayılma nisbeten sık rastlanan bulgulardır. Bu yüzden sebep tedavi edilmeli ve antiaritmik tedavi sadece aritmi kalıcı ise ve anneye ve/veya fetüse tehlike yaratıyorsa antiaritmik ilaçların yan etkileri dikkate alınarak başlanmalıdır.

Bu derlemede kardiyak aritmilerin tedavisi ve kullanılan ilaçların etkisi gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, aritmi

SUMMARY

ARRHYTHMIA IN PREGNANCY AND TREATMENT

Exact prevalence of arrhythmia during pregnancy is not known, but it is suggested gestational arrhythmogenic effect is more common. Therefore; palpitation, dizziness and syncope are relatively common symptoms during pregnancy. So the identified cause should be treated and antiarrhythmic drug therapy initiated paying attention to effects of antiarrhythmics only if the arrhythmia persists and threatens the mother/or fetus.

In this article, the management of cardiac arrhythmia and drugs effects during pregnancy were reviewed.

Key words: Pregnancy, arrhythmia

Gebelik süresince rastlanan aritminin kesin prevalansı bilinmemesine karşın bazı olgu bildirimlerinde ve klinik deneyimlerde organik kalp hastalığı olsun ya da olmasın gebeliğin aritmojenik etkisi olduğu (1) ve paroksizmal supraventriküler taşikardinin gebelikle alevlendiği ileri sürülmektedir (2). Çarpıntı, baş dönmesi ve bayılma gebelik esnasında karşılaşılan oldukça yaygın semptomlardır. Son zamanlarda yapılan Holter monitörizasyon ile hastaların izlenmesinde bu yakınmaları olan gebelerde multipl ventriküler erken atım (VEA), atrial erken atım (AEA) veya her ikisi hastaların % 18 'inde bulunmasına rağmen hiçbirinde ne supraventriküler (SVT) nede ventriküler taşikardiye (VT) rastlanmıştır (1)

Multipl VEA, hem anneye hem de fetüse herhangi bir ters etki oluşturmaz. Postpartum

dönemde prematüre vuruların sıklığında azalma olduğu gözlenmiştir. İlk çalışmalar kalp hastalarının % 1.5 ile % 3'ünde gebelikleri sırasında SVT olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte sürekli EKG kayıtları yapılmadığından, bu rakamlar bu hastalarda SVT'nin gerçek sıklığını yansıtamazlar (2). Sadece gebelik süresince ortaya çıkan paroksizmal SVT 'leri bildiren yayınlar, gebeliğin aritmojenik etkisi olduğunu destekler niteliktedir (1-5). Atrial flutter (AF) ve fibrilasyon (Af) normal gebeliklerde nadir olmasına rağmen, var olduğunda genellikle romatizmal mitral kapak hastalığı ile birlikte (2). Aynı şekilde VT ve ventriküler fibrilasyon (VF) gebelikte çok nadirdir. Varlığında ise yapısal kalp hastalığı düşünülmelidir (3). Gebe kadınlarda rastlanan Tip I; 2.Derece AV blok, gebe olmayanlarla aynı orandadır. Gebelik sırasında

¹ Araş. Gör., Dr., T.Ü. Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, EDİRNE

TABLO I. Gebelik sırasında kullanılan antiaritmik ilaçların yan etkileri ve güvenliliği.

İlaç	Potansiyel yan etkileri	Güvenlilik
DİGOKSİN	Düşük doğum tartısı	Güvenli
KİNİDİN	Toksik doz prematür eylem yapabilir ve fetal 8. sinirde hasar oluşturabilir	Güvenli
PROKAINAMİD	Yeterli bilgi yok	Yeterli bilgi yok
DİSOPİRAMİD	Intrauterin kontraksiyonları başlatabilir	Yeterli bilgi yok
LİDOKAİN	Yüksek kan seviyelerinde ve fetal asidozda santral sinir sistemi depresyonu yapabilir	Güvenli
PROPAFENON	Yeterli bilgi yok	Yeterli bilgi yok
MEXİLETİNE	Yeterli bilgi yok	Yeterli bilgi yok
AMİODARONE	Fötal hipotiroidizm	Güvenli değil
KALSİYUM KANAL BLOKÖRLERİ	Yeterli bilgi yok	Yeterli bilgi yok
BETA BLOKÖRLER	Intrauterin büyüme gecikmesi, doğum sırasında apne, bradikardi, hipoglisemi, hiperbilirubinemi, beta-2 blokaj uterus kontraksiyonlarını başlatabilir.	Güvenli

komplet kalp bloğuna miyokardit, konjenital kalp hastalığı, akut miyokard infarktüsü veya infektif endokardit gelişimi nedeniyle rastlanabilir (2).

Semptomatik hastalara pacemaker uygulanması yarar sağlayacaktır. Şekil I aritmili hastaların tedavisindeki yaklaşımı göstermektedir. Tam bir değerlendirme yapılarak tiroid hastalığı, elektrolit dengesizliği, alkol kullanımı, sigara içimi, kafein kullanımı ve ilaç kullanımına bağlı aritmojenik nedenler açığa çıkarılmalıdır. Neden ortaya konmuşsa tedavi edilmeli ve antiaritmik tedavi, (Tablo I) aritmi süreklirse ve semptomatik seyrediyorsa, anne /fetus zarar verici durumdaysa uygulanmalıdır. İlaç kullanılması gerekiyorsa fetus için güvenli olan seçilmeli, en düşük etki dozu kullanılmalı ve ilaç kullanımının sürekliliği periyodik incelemelerle kararlaştırılmalıdır (2).

ANTIARİTMİK TEDAVİ

KARDİYAK GLİKOZİDLER: Anneye ait konjestif kalp yetmezliğinde (KKY) ve SVT'lerde kullanıldığı gibi fetal SVT ve KKY içinde (3) giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Uzun süre kullanımında düşük doğum tartılı bebeklere ait yayınlar mevcuttur (3). Sütle geçişi pediatrik dozun 1/100'ü kadar olduğundan annenin emzirmeyi kesmesi gerekmemektedir.

KİNİDİN: Anneye ait olabildiği gibi fetal SVT'lerin tedavisinde de tek başına veya digoksinle birlikte kullanılabilir. Toksik dozlarda kullanım, prematüre doğum ve fetal 8. sinire hasar oluşturabilir. Sütle geçen miktar, uygulanan pediatrik dozun altındadır (3).

PROKAINAMİD: Gebelikte kullanımıyla ilgili bilgiler sınırlıdır (2). Fötal SVT'lerde kullanıldığına dair yayınlar mevcuttur. Teratojenik

etkisi yoktur. Ancak bilgiler yetersiz olduğundan öncelikle kinidin kullanımını tercih edilmelidir.

DİSOPİRAMİD: Gebelikte kullanımı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Teratojenik etkisi yoktur. mitral valv prolapsuslu gebe bir kadında, tedaviye refrakter SVT için kullanıldığında, uterus kontraksiyonlarını başlatığı, ilacın kesilmesiyle durumunun düzeldiği tesbit edilmiştir (1). Hakkında çok bilgi olmadığından, diğer I-A gurubu antiaritmiklere refrakter SVT'lerde kullanılmalıdır (3).

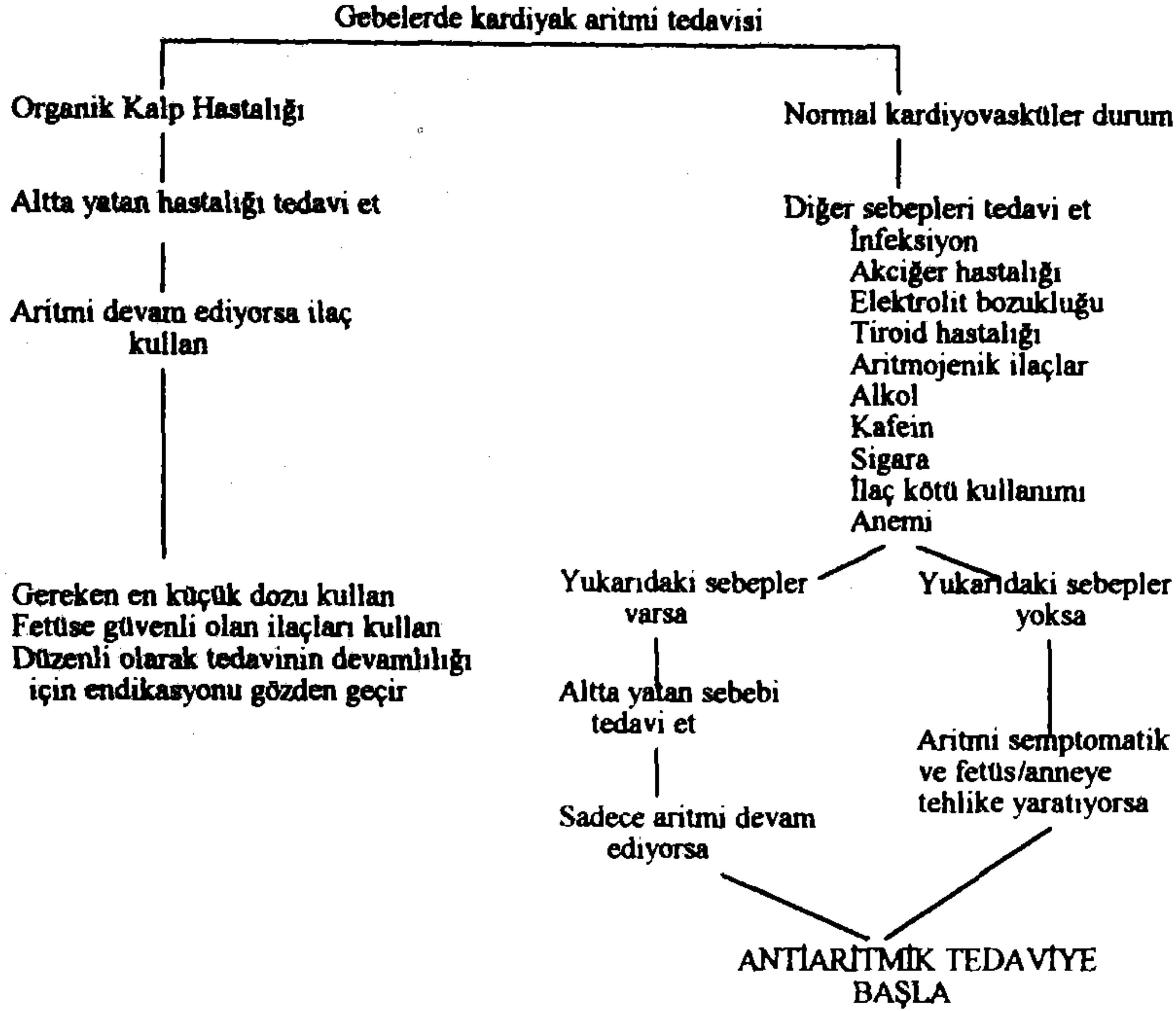
LİDOKAİN: Bu ilaç gebelik sırasında epidural ve lokal anestezi için kullanılmakta olup antiaritmik ajan olarak kullanımını içeren yayınlar sınırlıdır. Yüksek kan lidokain seviyeleri fetal sinir sisteminde depresyon, apne, hipotoni ve konvülsiyon yaptığından maternal lidokain seviyeleri sıkı takip altında tutulmak şartıyla gebelik sırasında güvenli olarak kullanılabilir (2).

MEKSİLETİN: Sınırlı sayıda gebede kullanıldığından güvenliliği doğrulanana kadar kullanılmaması tavsiye edilmektedir (2).

PROPAFENON: Gebelik sırasında kullanımı ile ilgili bilgiler yeterli olmadığından, özellikle ilk 3 ayda ve emzirme döneminde tedaviye refrakter disritmi mevcutsa kullanılmalıdır (5).

AMİODARON: Bazı fetal ve maternal aritmilerin kullanımında iyi sonuçlar alınmasına rağmen bilinen yan etkileri dolayısıyla sadece refrakter aritmilerde kullanılması önerilmekte olup, süte geçtiğinden dolayı emzirme yapılmaması önerilmektedir (5).

VERAPAMİL: Bu ilaç gebelik sırasında maternal ve fetal SVT'de, prematür eylemde, ciddi gestasyonel hipertansiyonda kullanılmaktadır (5). Transplental geçişi nedeniyle fetal taşikardilerde tek başına veya digoksinle beraber kullanılmıştır. Ancak doğum başlamadan önce ilaç kesilmelidir.



ŞEKİL I. Gebelikteki kardiyak aritmilerin tedavi gerekliliğinin değerlendirilmesi.

Uzun süreli kullanım için daha fazla gerekli bilgiye ihtiyaç vardır (5).

PROPRANOLOL: Bu ilaç gebelikte kardiyak aritmilerin, hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati ve hipertiroidili hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Propranolol süte geçmektedir (5). Hepatik

metabolizma ile inaktive edildiğinden yeni doğanlarda ve prematürelere hayatın ilk 10 gününde bu durum dikkate alınmalıdır. Propranolol diğer beta-blokörler için prototip olduğundan bu bulgular diğer ilaçlar içinde geçerlidir (3).

KAYNAKLAR

1. Elkayam Y, Gleicher N. Cardiac problems in pregnancy. *Diagnosis and Management of Maternal and Fetal Disease*. 2nd Ed. New York, Alan R. Liss, Inc., 1990, p167.
2. Tawam M, Levine J, Mendelson M, Goldberger J. Effects of pregnancy on paroxysmal supraventricular tachycardia. *Am J Cardiol* 72:838-840, 1993.
3. Widerhorn J, Rubin JN, Frishman WH, et al.: Cardiovascular drugs in pregnancy. *Cardiol Clin*. 5:651,1987.
4. Nootens M., Rich S. Successful management of labor and delivery in primary pulmonary hypertension. *Am J Cardiol* 71:1124-1125, 1993.
5. Elkayam U. Pregnancy and Cardiovascular Disease. In: Braunwald E., Ed., *Heart Disease*, 4th. ed., Philadelphia, PA, WB Saunders, 1992, p1800-1801