

## Συγγενείς καρδιοπάθειες και κύηση: Είναι έμφιक्टό;

Ιωάννα Δήμα MD, PhD

Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"

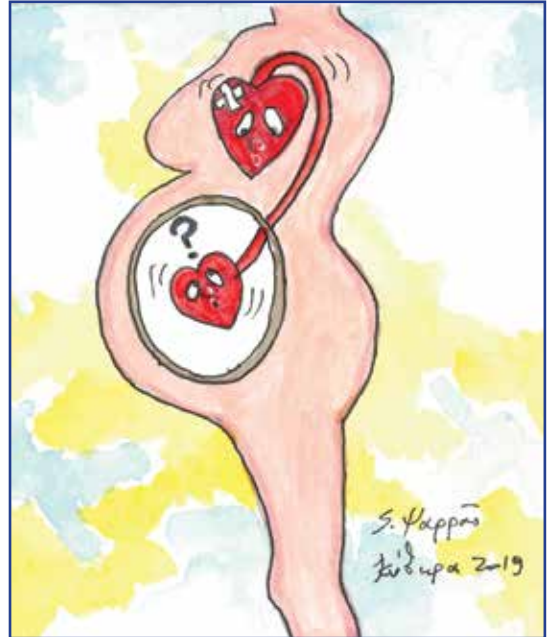
Στη σύγχρονη εποχή, λόγω της προόδου των ιατρικής, των διαγνωστικών και χειρουργικών έπιλογών, οι περισσότερες γυναίκες, που πάσχουν από συγγενείς καρδιοπάθειες, φτάνουν σε αναπαραγωγική ηλικία. Η συμβουλευτική και η κατάλληλη αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων αποτελεί πλέον πολύ σημαντική πρόκληση.

Οι φυσιολογικές μεταβολές, που συντελούνται στη διάρκεια της κύησης, συνίστανται σε αύξηση του όγκου αίματος κατά 40% περίπου, του όγκου παλμού (δηλαδή του όγκου αίματος που προωθείται από την καρδιά στο σώμα σε κάθε καρδιακό κύκλο) κατά 30-50% και αύξηση της καρδιακής συχνότητας κατά 10-20 παλμούς το λεπτό.

Οι περισσότερες γυναίκες, που πάσχουν από κάποια συγγενή καρδιοπάθεια, θα διανύσουν την περίοδο της κύησης χωρίς έπιλοκές. Ωστόσο, οι άσθενείς, που πάσχουν από σύμπλοκη συγγενή καρδιοπάθεια, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο, σε σύγκριση με ήπιότερες μορφές.

Η κατηγοριοποίηση του μητρικού καρδιαγγειακού κινδύνου, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Όργανισμό Υγείας, περιλαμβάνει τέσσερις ομάδες (Τάξεις I-IV). Η ομάδα I δεν παρουσιάζει αύξημένη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα (ή ήπια μόνο αύξηση της νοσηρότητας) και περιλαμβάνει περιπτώσεις, όπως η ήπια στένωση της πνευμονικής βαλβίδας, που συνδέει τη δεξιά κοιλία με την πνευμονική αρτηρία και μεταφέρει το αίμα στους πνεύμονες, οι έπιτωχως διορθωμένες "απλές" βλάβες, όπως το έλλειμμα του διαφράγματος ανάμεσα στους δύο κόλπους (μεσοκοιλιακού) ή ανάμεσα στις δύο κοιλίες (μεσοκοιλιακού) και ο άνοικτος αρτηριακός πόρος, δηλαδή η έπικοινωνία ανάμεσα στην άορτη και στην πνευμονική αρτηρία. Η ομάδα II παρουσιάζει ήπια αύξηση θνησιμότητας και μέτρια νοσηρότητας και σε αυτή περιλαμβάνονται τα μη έπιδιορθωμένα έλλείμματα του μεσοκοιλιακού και μεσοκοιλιακού διαφράγματος, η διορθωμένη τετραλογία Fallot (έπικοινωνία ανάμεσα στις δύο κοιλίες λόγω έλλείμματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, έπιφραξη στη ροή του αίματος από τη δεξιά κοιλία προς την πνευμονική αρτηρία, μετατόπιση της άορτης, δηλαδή της αρτηρίας που μεταφέρει το αίμα από την καρδιά στο σώμα, πάνω από το μεσοκοιλιακό έλλειμμα και πάχυνση του μυός της δεξιάς κοιλίας) και οι περισσότερες έρρυθμίες.

Μεταξύ των ομάδων II και III υπάρχει μία κατηγορία άσθενών που χαρακτηρίζονται ως II-III, και περιλαμβάνει περιπτώσεις, όπως η έπιτροφική μυοκαρδιοπάθεια, το σύνδρομο Marfan χωρίς διάταση της άορτης, η έπιδιορθωμένη στένωση του έσθμου της άορτης και η ήπια δυσλειτουργία της άριστερης κοιλίας. Στην ομάδα III ανήκουν άσθενείς που



έχουν τοποθετήσει μηχανική βαλβίδα, αυτοί που έχουν τη δεξιά κοιλία να έπιοστηρίζει την κυκλοφορία, αντί για την άριστερη κοιλία, το σύνδρομο Marfan με διάταση της άορτης 40-45mm, ή κυκλοφορία Fontan, συνήθως σε περιπτώσεις όπου οι δύο κοιλίες λειτουργούν ως μία (μονήρης κοιλία) και οι κυανωτικές καρδιοπάθειες (σε αυτές ο κορεσμός του αίματος σε έξιγόνο είναι χαμηλότερος από το φυσιολογικό, λόγω της μίξης του αρτηριακού και φλεβικού αίματος μέσα στην καρδιά). Αυτή η ομάδα έγκύων έχει σημαντικά αύξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα και χρήζει ειδικής συμβουλευτικής έαγωγής. Σε περίπτωση κύησης, χρήζουν έντατικής καρδιολογικής και μαιευτικής παρακολούθησης σε όλη τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας. Η ομάδα IV έχει έξαιρετικά αύξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα, και η κύηση αντενδείκνυται. Σε αυτήν ανήκουν οι περιπτώσεις πνευμονικής έπέρτασης (αύξημένη πίεση στις πνευμονική κυκλοφορία), σοβαρής δυσλειτουργίας της άριστερης κοιλίας με συσπαστικότητα <30%, σοβαρή στένωση μιτροειδούς/άρορτικής βαλβίδας, διάταση της άορτης >45mm σε άσθενείς με σύνδρομο Marfan και μυοκαρδιοπάθεια σε προηγούμενη κύηση, με παραμένουσα δυσλειτουργία της άριστερης κοιλίας, λόγω αυτής.

Ο έπιλογισμός του κινδύνου για την έγκυο γίνεται συνή-

θως με την κατηγοριοποίηση που αναφέρθηκε παραπάνω. Στο παρελθόν, έχουν αναπτυχθεί και άλλα μοντέλα, όπως το CARPEG και το ZAHARA σκόρ, που δεν χρησιμοποιούνται εύρως. Η ύπαρξη συγγενούς καρδιοπάθειας στη μητέρα έγκυμονεί κινδύνους, ούτως ή άλλως, για το έμβρυο. Έτσι, παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος αυτόματων άποβολών (15%-25%), αυξημένη συχνότητα συγγενών καρδιοπαθειών και στο έμβρυο, όποτε πρέπει να προτείνεται υπερηχογράφημα του εμβρύου σε όλες τις γυναίκες ασθενείς, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της μητρικής νόσου, υψηλό ποσοστό πρόωρων νεογνών (10%-12%), αυξημένη συχνότητα περιστατικών όπως το σύνδρομο άπνευστικής δυσχέρειας, αιμορραγίες, μειωμένο σωματικό βάρος του εμβρύου. Γενικά, η περιγεννητική θνησιμότητα μπορεί να είναι και 4 φορές υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (<1%) και μπορεί να είναι πολύ υψηλή (27,7%) σε ασθενείς με σύνδρομο Eisenmenger (πολύ υψηλές πιέσεις στην πνευμονική κυκλοφορία, όποτε γίνεται αντιστροφή της ροής αίματος από τα δεξιά στα άριστερά).

Η συμβουλευτική διαδικασία των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία με συγγενή καρδιοπάθεια, πρέπει να ξεκινάει νωρίς από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Ειδικά, σε σύνθετες περιπτώσεις, ή κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδος θεωρείται υποχρεωτική. Η γυναίκα θα πρέπει να κατανοεί τους κινδύνους από επικείμενη κύηση και τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της και στην ήδη υπάρχουσα νόσο. Επίσης, θα πρέπει να κατανοεί την αυξημένη φροντίδα που χρειάζεται σε περίπτωση κύησης και την ανάγκη ύπαρξης συγκεκριμένου σχεδίου για την παρακολούθηση και τον ένδεξιμο τρόπο τοκετού.

Σε περίπτωση κύησης, η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερές ιστορικό και κλινική εξέταση της ασθενούς, ηλεκτροκαρδιογράφημα, εξετάσεις αίματος, υπέρηχο καρδιάς

στις 18 περίπου εβδομάδες, δοκιμασίες κόπωσης, μαγνητική τομογραφία καρδιάς και γενετικό έλεγχο, όταν χρειάζεται. Η χρήση φαρμάκων χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος τερατογένεσης, ειδικά στο πρώτο τρίμηνο. Έτσι, ούσιες όπως οι ανταγωνιστές του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης πρέπει να διακόπτονται άμεσα. Οι β-άνταγωνιστές θεωρούνται γενικά ασφαλείς και δεν έχει παρατηρηθεί τερατογένεση μετά από χρήση τους. Έχουν σχετιστεί, βέβαια, με καθυστέρηση του βάρους σε σχέση με την ηλικία του εμβρύου, με νεογνική υπογλυκαιμία και βραδυκαρδία, αλλά πρακτικά θεωρούνται ασφαλείς με την κατάλληλη παρακολούθηση. Τα διουρητικά (όχι οι θειαζίδες) πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, γιατί μειώνουν την παροχή αίματος προς το έμβρυο. Η σπιρονολακτόνη αντενδείκνυται, ενώ η αμιωδαρόνη θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις άρρυθμιών, που προέρχονται από τις κοιλίες, επειδή η χρήση της έχει συνδεθεί με άρκετες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα αντιπηκτικά, όπως η ασενοκουμαρόλη και η βαρφαρίνη, διασχίζουν την κυκλοφορία του πλακούντα και ενδέχεται να είναι έμβρυοτοξικά. Χρησιμοποιούνται, όμως, σε γυναίκες με μηχανικές βαλβίδες και συνεπώς οι κίνδυνοι και τα όφελιά από τη χρήση τους θα πρέπει να συζητηθούν με τη μητέρα. Τέλος, οι στατίνες δεν συνιστώνται στη διάρκεια της κύησης, λόγω του σημαντικού ρόλου της χοληστερόλης στην ανάπτυξη του εμβρύου.

Συμπερασματικά, ενώ η κύηση θεωρείται μία φυσιολογική διαδικασία, που γίνεται άνεκτη χωρίς προβλήματα σε υγιείς γυναίκες, σε περιπτώσεις συγγενών καρδιοπαθειών μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνη ως και απειλητική για τη ζωή της μητέρας και του εμβρύου. Κρίνεται, λοιπόν, αναγκαίο, οι ασθενείς αυτοί να παρακολουθούνται από εξειδικευμένο προσωπικό και να καθοδηγούνται αναλόγως της βαρύτητας της πάθησής τους. ☺