Β5.Β. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΕΠΙΤΟΚΕΣ ΜΕ ΔΟΜΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗΣ

Αναισθησιολόγος, CHPC, Cherbourg, France

Η μέση ηλικία των επιτόκων με δομική καρδιοπάθεια είναι τα 30 έτη. Συγγενείς καρδιοπάθειες παρατηρούνται στο 66%, βαλβιδοπάθειες στο 25%, μυοκαρδιοπάθειες στο 7% και ισχαιμική νόσος στο 2% των ασθενών. Η πλειοψηφία (72%) των γυναικών αυτών είναι κατηγορίας Ι κατά ΝΥΗΑ κατά την κύηση. Το ποσοστό των μητρικών θανάτων όμως σε αυτόν τον πληθυσμό ανέρχεται στο 1% και είναι 140 φορές υψηλότερο από τον φυσιολογικό πληθυσμό (0.007%). Η υψηλότερη μητρική θνησιμότητα μεταξύ των εγκύων με δομική καρδιοπάθεια παρατηρείται στην ομάδα των μυοκαρδιοπαθειών. Το ποσοστό καισαρικών τομών ανέρχεται στο 41%.

Στις αναπτυγμένες χώρες οι μυοκαρδιοπάθειες αντιστοιχούν σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά από τον παγκόσμιο μέσο όρο για τις εγκύους με δομική καρδιοπάθεια.

Δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας και μυοκαρδιοπάθεια της κύησης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για δυσμενή έκβαση τόσο για τη μητέρα όσο και για το κύημα.

66% των εγκύων με συγγενή καρδιοπάθεια είχαν υποστεί τουλάχιστον 1 σχετική επέμβαση προηγουμένως.

Οι επίτοκοι με ισχαιμική νόσο είναι μεγαλύτερης ηλικίας, συνήθως ήδη λαμβάνουν κάποια αγωγή, πάσχουν από υπέρταση και διαβήτη και είναι καπνίστριες.

Οι επίτοκοι με μυοκαρδιοπάθεια είναι πιθανότερο να είναι κατηγορίας ΙΙΙ κατά ΝΥΗΑ κατά την έναρξη της κύησης.

Αιτίες θανάτου σε επιτόκους με δομική καρδιοπάθεια: καρδιακά αίτια, θρομβοεμβολικά επεισόδια, σήψη.

Στις περισσότερες περιπτώσεις προτιμάται περιοχική αναισθησία (γενική ή συνδυασμένη) με χαμηλές δόσεις τοπικών αναισθητικών και επεμβατική αιμοδυναμική παρακολούθηση, ενώ χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση εργομητρίνης και των παραγώγων της.

Σε περίπτωση γενικής αναισθησίας θα πρέπει να ακολουθείται εισαγωγή με ρεμιφεντανίλη και επεμβατική αιμοδυναμική παρακολούθηση.

Το είδος του τοκετού αποφασίζεται σε συνεργασία με γυναικολόγους και καρδιολόγους, με βάση την αιμοδυναμική κατάσταση και τις μαιευτικές ενδείξεις. Η διαχείριση θα πρέπει να γίνεται μαζί με άλλες ειδικότητες σε εξειδικευμένο τριτοβάθμιο κέντρο.

Θα πρέπει να υπάρχει μεγάλη εγρήγορση για περαιτέρω διερεύνηση σε εγκύους με καρδιοαναπνευστικά συμπτώματα κατά την κύηση και τη λοχεία. Ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά την παθοφυσιολογία της κύησης. Υπερηχογραφία, μαγνητική τομογραφία θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για εκτίμηση και παρακολούθηση.

Θα παρουσιαστεί επίσης η διαστρωμάτωση κινδύνου για τις επιτόκους με καρδιοπάθειες σύμφωνα με την Π.Ο.Υ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Warrick CM, Hart JE, Lynch AM, Hawkins JA, Bucklin BA. Prevalence and descriptive analysis of congenital heart disease in parturients: obstetric, neonatal, and anesthetic outcomes. J Clin Anesth. 2015 Sep;27(6):492-8.*
2. *Roos-Hesselink JW, Ruys TP, Stein JI, Thilén U, Webb GD, Niwa K, Kaemmerer H, Baumgartner H, Budts W, Maggioni AP, Tavazzi L, Taha N, Johnson MR, Hall R; ROPAC Investigators. Outcome of pregnancy in patients with structural or ischaemic heart disease: results of a registry of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2013 Mar;34(9):657-65.*
3. *ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal (2011) 32, 3147–3197*
4. *Hidano G, Uezono S, Terui K. A retrospective survey of adverse maternal and neonatal outcomes for parturients with congenital heart disease. Int J Obstet Anesth. 2011 Jul;20(3):229-35.*
5. *Ituk US, Habib AS, Polin CM, Allen TK. Anesthetic management and outcomes of parturients with dilated cardiomyopathy in an academic centre. Can J Anaesth. 2015 Mar;62(3):278-88.*
6. *Ashikhmina E, Farber MK, Mizuguchi KA. Parturients with hypertrophic cardiomyopathy: case series and review of pregnancy outcomes and anesthetic management of labor and delivery. Int J Obstet Anesth. 2015 Nov;24(4):344-55.*
7. *Arendt KW, Fernandes SM, Khairy P, Warnes CA, Rose CH, Landzberg MJ, Craigo PA, Hebl JR. A case series of the anesthetic management of parturients with surgically repaired tetralogy of Fallot. Anesth Analg. 2011 Aug;113(2):307-17.*