

Kommentar

Hjartesyjukdom som komplikasjon til graviditet og fødsel

Hjartesyjukdom i svangerskapet eller i perioden under og like etter fødselen er relativt sjeldan. Likevel er hjartesyjukdom ein av dei vanlegaste årsakene til maternell død og om lag like vanleg som lungeemboli (1). Diagnosen er spesielt vanskeleg fordi tidlege teikn til hjartesyjukdom lett kan bli forveksla med normale fysiologiske forandringar i svangerskapet eller med sjukdomar som er langt vanlegare i denne perioden. Nyoppstått alvorleg hjartesyjukdom er kanskje den minst venta diagnosen hos ei ung fødande kvinne.

Stadig fleire kvinner med medfødde hjartefeil kan bli gravide etter avansert kirurgisk eller medisinsk behandling i barnealderen. Hjartesyvikt, arytmie og hjerneslag er dei vanlegaste komplikasjonane hos gravide med kjent hjartesyjukdom (2, 3). Spesielt utsette for komplikasjonar er kvinner i NYHA-funksjonsklasse III eller IV før graviditeten, og dei med hjartefeil med cyanose eller venstresidig obstruksjon (3). Blant tidlegare hjarte-friske gravide kvinner som får akutte kardiorespiratoriske symptom er dei vanlegaste differensialdiagnosane preeklampsi, infeksjon, lungeemboli og hjartesyjukdom (2).

Dei vanlegaste alvorlege hjartesyjukdomane i samband med graviditet og fødsel er peripartum kardiomyopati, akutt hjarteinfarkt og aortadissekasjon (2). Diagnosane står for 15–20 % av alle dødsfall ved graviditet (1).

Peripartum kardiomyopati debuterer som regel i slutten av svangerskapet eller i dei første månadene etter fødselen. Diagnosen kan vere spesielt vanskeleg fordi mange kvinner har funksjonsdyspné, ankelødem og trøytteik mot slutten av eit normalt svangerskap. Diagnosen kan også lett forvekslast med andre tilstandar som er vanlegare i denne tidsperioden, slik som preeklampsi, lungeemboli og pneumoni. Ein bør få mistanke om hjartesyvikt ved anfall med nattleg dyspné, hoste om natta eller ved belastning, og der ein ved klinisk undersøking finn teikn til lungestuving og hepatomegali (2). For å kunne stille diagnosen tidleg bør det vere låg terskel for kardiologisk vurdering og bruk av ekkokardiografi, som understreka i artikkelen til Roland og medarbeidarar (4).

Spontan dissekasjon i ein koronararterie er den vanlegaste årsaka til hjarteinfarkt



Diagnosen peripartum kardiomyopati kan vere spesielt vanskeleg fordi mange kvinner har funksjonsdyspné, ankelødem og trøytteik mot slutten av eit normalt svangerskap. Foto Ingram

under fødsel og i dei første vekene postpartum (5). Etiologien er ukjend, men hormonelt induisert degenerasjon i kollagenet saman med hemodynamisk stress i graviditeten og ved fødselen er føreslått som patogenetiske faktorar. Tilstanden opptrer hos tidlegare friske individ, og mest hos fleirgongsfødande. Gjennomsnittsalderen for peripartum kardiomyopati er 33 år i samlemateriale (5). Nær 80 % av kvinner med peripartum dissekasjon i koronararterie har ingen vanlege risikofaktorar for koronar hjartesyjukdom, og dei fleste har lesjon i a. descendens anterior frå venstre koronararterie. Mortaliteten er høg når hjarteinfarkt debuterer ved fødsel eller første veker postpartum. Tidleg diagnose med koronar angiografi er viktig for prognosen (2). Behandlinga er retta mot rask rekanalisering av okkludert arterie, eventuelt med innsetting av stent eller stentgraft.

Akutt oppståtte smerter i bryst, rygg eller skulder kan også skuldast aortadissekasjon. Akutt aortadissekasjon i svangerskapet ser ein spesielt ved alvorleg hypertensjon i samband med preeklampsi eller ved bindevevssjukdom som Marfans syndrom (2). Sjølv om tilstanden er sjeldan, så utgjer akutt aortadissekasjon i svangerskapet nær 50 % av alle aortadissekasjonar hos kvinner under 40 år (6).

Diagnosen blir vanlegvis stilt ved computertomografi og transesofageal ekkokardiografi.

Harald Vik-Mo

Harald.vik-mo@medisin.ntnu.no
Hjertemedisinsk avdeling
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Litteratur

1. Ray P, Murphy GJ, Shutt LE. Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. *Br J Anaesth* 2004; 93: 428–39.
2. Oakley C, Child A, Jung B et al. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 761–81.
3. Sermer M, Colman J, Siu S. Pregnancy complicated by heart disease: a review of Canadian experience. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23: 540–4.
4. Roland MCP, Lorentzen B, Gjertsen E. Dyspné, ødem og feber i barseltid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 47–8.
5. Koul AK, Hollander G, Moskovits N et al. Coronary artery dissection during pregnancy and the postpartum period: Two case reports and review of literature. *Catheter Cardiovasc Interv* 2001; 52: 88–94.
6. Katz NM, Colea JV, Moront MG et al. Aortic dissection during pregnancy: treatment by emergency caesarean section immediately followed by operative repair of the dissection. *Am J Cardiol* 1984; 54: 699–701.