



CIAŻA U KOBIET Z KARDIOMIOPATIA ROZSTRZENIOWĄ

Anna Maria Frycz-Kurek, Mariusz Gąsior, Lech Poloński

Wstęp

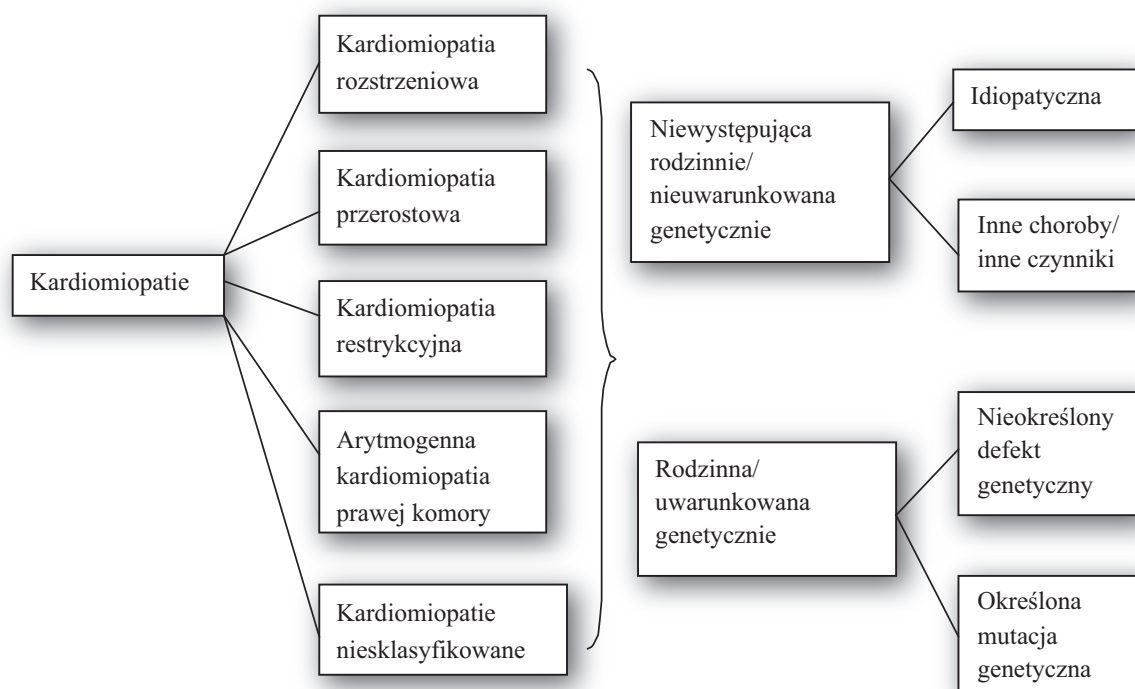
Kardiomiopatia rozstrzeniowa (*dilated cardiomyopathy* – DCM) jest chorobą mięśnia sercowego, w której dochodzi do rozstrzeni lewej lub prawej komory bądź obu komór serca z towarzyszącą dysfunkcją skurczową przy nieobecności wad zastawkowych, nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej. Klinikzną manifestacją DCM są najczęściej objawy niewydolności serca lub zaburzenia rytmu.

Istnieje niewiele danych dotyczących ciąży u kobiet z wcześniej rozpoznawaną kardiomiopatią rozstrzeniową. Ciąża w omawianej populacji jest niewątpliwie ciążą wysokiego ryzyka, wiążącą się z niebezpieczeństwem wystąpienia niekorzystnych zdarzeń zarówno u matki, jak i u dziecka. W przypadku upośledzenia funkcji skurczowej lewej komory z frakcją wyrzutową < 35% śmiertelność matki może sięgać nawet 50%. Z tego też względu stanowisko ekspertów – będących autorami wytycznych dotyczących postępowania w ciąży u kobiet z chorobami serca – jest dość jednoznaczne. Kobietom z DCM powinno się odradzać zajście w ciążę z uwagi na ryzyko wystąpienia lub dekomensacji niewydolności serca zarówno w ciąży, jak i po jej zakończeniu. Ryzyko ciąży przewyższa w tym przypadku ryzyko związane ze stosowaniem antykoncepcji. Zaleca się również rozważenie przerwania ciąży u kobiety z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory i wymiarami jam serca przekraczającymi normę. Jeśli jednak kobieta

z DCM decyduje się na kontynuację ciąży, powinna być objęta szczególną opieką kardiologiczną i ginekologiczną, a w okresie okołoporodowym również anestezjologiczną i neonatologiczną. W czasie ciąży powinno się wykonywać regularne badania echokardiograficzne, a w razie wystąpienia jakichkolwiek objawów dekomensacji układu krążenia niezwłocznie przyjąć do szpitala.

Definicja

Zgodnie z obowiązującą definicją Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology – ESC) ds. Chorób Mięśnia Sercowego i Osierdza z 2007 roku, kardiomiopatie to grupa chorób mięśnia sercowego, w których stwierdza się jego strukturalne i czynnościowe nieprawidłowości po wykluczeniu obecności nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, wad zastawkowych i wrodzonych wad serca. Kardiomiopatie zostały sklasyfikowane według fenotypu morfologicznego i czynnościowego, a w obrębie każdej kategorii fenotypowej zostały wyodrębnione formy występujące i niewystępujące rodzinnie (ryc. 10.1). Wśród kardiomiopatii nierodzinnych wyróżnia się dwie grupy: idiopatyczną, czyli bez uchwytnej, zidentyfikowanej przyczyny oraz nabytą, w której nieprawidłowa funkcja komory stanowi raczej powikłanie choroby podstawowej niż jej własną cechę. W rozdziale tym poruszono bardziej



Ryc. 10.1.
Klasyfikacja kardiomiopatii [2].

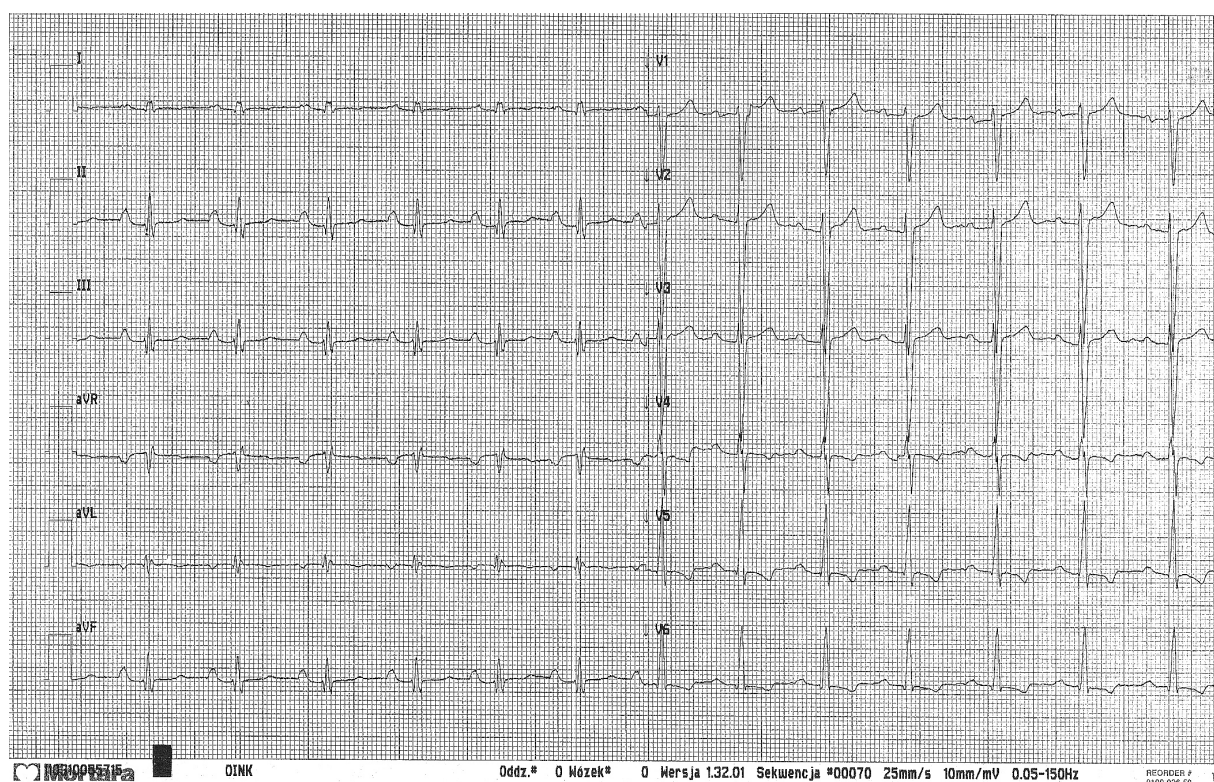
szczegółowo problematykę kardiomiopatii rozstrzeniowej. Jest to jeden z rodzajów kardiomiopatii, której istotą jest rozstrzeń i dysfunkcja skurczowa lewej lub prawej komory bądź obu komór serca, przebiegająca najczęściej z zastoinową niewydolnością serca oraz zaburzeniami rytmu. Do grupy tej zalicza się również kardiomiopatię połogową, w której objawy niewydolności serca pojawiają się w ostatnim miesiącu ciąży bądź w ciągu pierwszych pięciu miesięcy po porodzie. Zagadnienie to zostało omówione w innym rozdziale.

Etiologia

Etiologia DCM nie została do końca wyjaśniona. U 20–30% chorych, a według niektórych źródeł nawet u 40–60%, wykazano rodzinne występowanie DCM. Kardiomiopatię rozstrzeniową określa się jako idiopatyczną, jeżeli nie została określona przyczyna jej wystąpienia i stwierdzana jest tylko u jednego członka rodziny. DCM określana jako rodzinna występuje u co najmniej dwóch osób w danej rodzinie.

U chorych bez obciążonego wywiadu rodzinnego za najczęstszą przyczynę rozwoju DCM uznaje się przebyte w przeszłości zapalenie mięśnia sercowego. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym są enterowirusy i adenowirusy. Postuluje się trójfazowy model rozwoju choroby. Po pierwotnym uszkodzeniu mięśnia sercowego ma miejsce proces przewlekły, który prowadzi do przebudowy, a następnie dysfunkcji komory. Dzieje się tak u około 10% chorych z zapaleniem mięśnia sercowego i jest konsekwencją przetrwałego zakażenia wirusowego bądź reakcji autoimmunologicznych wywołanych zakażeniem.

Do innych czynników mogących przyczynić się do rozwoju DCM zalicza się mutacje genów białek zrębu komórkowego, jak sarkoglikanu, aktyny czy dystrofiny, oraz białek filamentów pośrednich, tj. desminy oraz laminy A i C, które są dziedziczone autosomalnie dominująco. W patogenie DCM postuluje się również udział toksyn (alkohol, kokaina, chemioterapeutyki, szczególnie doksorubicyna), zaburzeń metabolicznych, chorób nerwowo-mięśniowych, zakażeń wirusowych (ade-



Ryc. 10.2.

Nieprawidłowy elektrokardiogram u chorej z kardiomiopatią rozstrzeniową.

lewej komory w czasie ciąży i po porodzie nie wykazywały istotnych zmian, natomiast obserwowano znamiennej wzrost wartości NTproBNP u 3 kobiet, u których wystąpiły powikłania kardiologiczne.

▲ EKG

Zapis elektrokardiograficzny u ciężarnych z DCM jest zazwyczaj nieprawidłowy, choć zmiany nie są swoiste dla DCM (ryc. 10.2). Do częstych nieprawidłowości zalicza się tachykardię zatokową oraz tachyarytmie przedsionkowe i komorowe. Obserwuje się również brak progresji załamka R, a także zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego, zwłaszcza blok lewej odnogi pęczka Hisa. Często są także niespecyficzne zmiany odcinka ST i załamka T, zmiany załamka P, które wskazują na zajęcie lewego przedsionka oraz obecność załamka Q w odprowadzeniach znad ściany przedniej, będąca wynikiem nasilonego włóknienia mięśnia lewej komory.

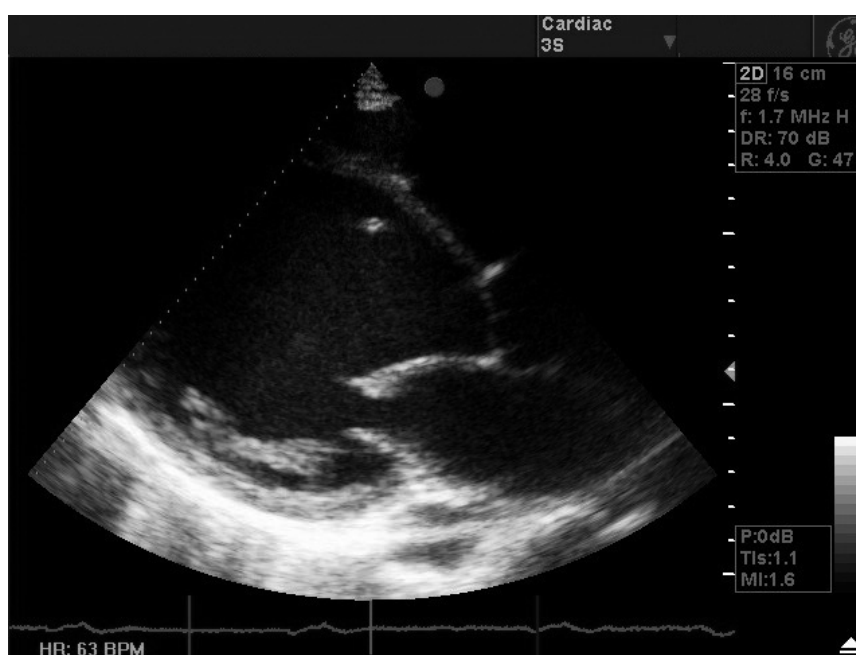
Należy również pamiętać, że w prawidłowo przebiegającej ciąży u kobiet bez choroby serca mogą wystąpić zmiany w zapisie EKG. Najczęściej są to: tachykardia zatokowa, niespecyficzne zmiany w za-

kresie odcinka ST-T, a także dodatkowe skurcze pochodzenia nadkomorowego i komorowego.

▲ Echokardiografia

Badanie echokardiograficzne jest nieinwazyjną metodą obrazowania z wyboru u kobiet w ciąży z DCM. Jest badaniem bezpiecznym, powtarzalnym, dostarczającym wielu niezbędnych informacji dotyczących morfologii i czynności mięśnia sercowego (ryc. 10.3, 10.4). Jeśli to możliwe, badanie to powinno być wykonane po raz pierwszy jeszcze przed zajściem w ciążę u kobiety ze stwierdzoną wcześniej DCM lub u której istnieje podejrzenie DCM, a także u kobiet z DCM bądź kardiomiopatią połogową w wywiadzie rodzinnym.

Badanie to pozwala na ocenę wielkości i kształtu lewej komory, a także określonych parametrów dopplerowskich, co z kolei pozwala przewidzieć wystąpienie i nasilenie objawów niewydolności serca. Frakcja wyrzutowa lewej komory $< 30\%$, ciśnienie końcowo-rozkurczowe w lewej komorze ≥ 15 mmHg oraz obecność lub progresja niedomykalności zastawki mitralnej wskazują na większe ryzyko zgonu sercowego u chorych z DCM. Restrykcyjny profil



Ryc. 10.3.

Kardiomiopatia rozstrzeniowa w badaniu echokardiograficznym w projekcji przyrostkowej w osi długiej.

napełniania lewej komory z wysokim ciśnieniem w lewym przedsionku również jest związany ze zwiększoną śmiertelnością. Grewal i wsp. w badaniu obejmującym 32 kobiety w ciąży z DCM wskazują, że umiarkowane bądź ciężkie upośledzenie funkcji skurczowej lewej komory (*ejection fraction* – EF < 40%) jest obok ciężkiej niewydolności serca w klasie czynnościowej NYHA III lub IV głównym czynnikiem determinującym wystąpienie poważnych powikłań sercowych u matki w czasie ciąży.

▲ Badanie radiologiczne klatki piersiowej

Ze względu na potencjalne niepożądane działania biologiczne promieniowania na płód RTG klatki piersiowej powinno się wykonywać jedynie ze wskazań klinicznych, w przypadku kiedy inne, mniej szkodliwe metody diagnostyczne są niewystarczające. Należy zachować szczególne środki ostrożności, z zastosowaniem minimalnych dawek promieniowania oraz osłon na okolicę miednicy. O ile to możliwe, badanie należy odroczyć do zakończenia I trymestru ciąży. W badaniu tym najczęściej stwierdza się powiększenie sylwetki serca oraz cechy zastojów w krążeniu małym, a także obecność płynu w jamach opłucnowych. Należy zwrócić uwagę, że w trakcie prawidłowej ciąży sylwetka serca również może wydawać się powiększona, co wynika z pozio-

me go ułożenia serca w klatce piersiowej w tym okresie. Widoczny może być także wzmożony rysunek płucny oraz płyn w jamach opłucnowych w niewielkiej ilości.

▲ Inne metody obrazowania

Tomografia komputerowa oraz badania izotopowe są przeciwwskazane u kobiet w ciąży. Jedynie ze ściśle określonych wskazań dopuszcza się wykonanie rezonansu magnetycznego, jednak nie powinno się stosować paramagnetycznych środków kontrastowych.

Inne badania diagnostyczne, w tym badania inwazyjne, nie są wymagane do potwierdzenia DCM, a ich wykonanie w czasie ciąży powinno być ograniczone do minimum.

Rozpoznanie

Rozpoznanie kardiomiopatii rozstrzeniowej ustala się na podstawie wywiadu i badania fizykalnego oraz powiększenia jam serca i dysfunkcji skurczowej lewej i/lub prawej komory w badaniu echokardiograficznym po wykluczeniu choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego i wady zastawkowej.