

Σοβαρού βαθμού στένωση μιτροειδούς διαγνωσμένη τη 2η μετεγχειρητική ημέρα μετά από καισαρική τομή (Διαχείριση εγκύων οικονομικών μεταναστριών. Ανάγκη για δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών)

Μίχα Γ.¹, Σταματάκης Ε.¹, Παμπούκας Κ.², Βαλσαμίδης Δ.¹

¹Τμήμα Αναισθησιολογίας και Ιατρείο Πόνου, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

²Θεραπευτική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Αλληλογραφία: Μίχα Γ., E-mail:mgeo3@yahoo.gr

Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα, τηλ.2132162257, Fax:2132162893

Περίληψη

Παρουσιάζεται περιστατικό εγκύου 29 ετών, Πακιστανικής καταγωγής που εισήχθη στη μαιευτική κλινική λόγω υπολειπόμενης ανάπτυξης του εμβρύου, προεκλαμψία και καταγραφή στο καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας εμβρυικής βραδυκαρδίας και στην οποία τελικά αποφασίσθηκε επείγουσα καισαρική τομή. Ο αδρός προεγχειρητικός έλεγχός δεν ανέδειξε κάποια προϋπάρχουσα παθολογία. Η ασθενής μιλούσε μόνο Πακιστανικά και η λήψη πληροφοριών από το ατομικό αναμνηστικό ήταν αδύνατη αφού δεν υπήρχε διερμηνέας. Με κύρια αιτία την αδυναμία επικοινωνίας μαζί της, έλαβε γενική αναισθησία. Σε 12 ώρες μετεγχειρητικά παρουσίασε ορθόπνοια με συνοδό ταχυκαρδία. Η αδρή καρδιολογική εκτίμηση ήταν αρνητική για οποιαδήποτε παθολογία και εξετάστηκε το ενδεχόμενο ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, που αποκλείστηκε όμως μετά την εκτέλεση υπερηχογραφήματος κοιλίας και παρακέντηση. 48 ώρες μετά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο μεταφέρθηκε στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), όπου υποβλήθηκε σε καθετηριασμό των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων και υπερηχογράφημα καρδιάς. Διαπιστώθηκε σοβαρού βαθμού στένωση μιτροειδούς με συνοδό πνευμονική υπέρταση, που οδήγησαν σε οξύ πνευμονικό οίδημα. Οι οικονομικοί μετανάστες αποτελούν μια ειδική κατηγορία ασθενών λόγω της διαφορετικής κουλτούρας, της αδυναμίας επικοινωνίας, της συχνά ελλιπούς ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και του άγνωστου ιατρικού τους ιστορικού. Ο αριθμός τους στην Ελλάδα φτάνει το 1.500.000 γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών που θα ορίσουν την ασφαλέστερη και πληρέστερη διαδικασία διαχείρισής τους, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που τους διαφοροποιούν.

Λέξεις κλειδιά: Στένωση μιτροειδούς, οικονομικοί μετανάστες, κατευθυντήριες οδηγίες, διαπολιτισμικοί μεσολαβητές

Εισαγωγή

Γυναίκα, 29 ετών, πακιστανικής καταγωγής, στην 30η εβδομάδα κύησης, εισήχθη στη γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου λόγω υπολειπόμενης ανάπτυξης του εμβρύου (IUGR: Intrauterine Growth Restriction). Στην εισαγωγή της επιτόκου διαπιστώθηκε εμβρυική βραδυκαρδία που καταγράφηκε στο καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας. Το απόγευμα της ίδιας ημέρας αποφασίσθηκε επείγουσα καισαρική τομή (ΚΤ) με τη διάγνωση της προεκλαμψίας λόγω αυξημένης αρτηριακής πίεσης, πρωτεϊνουρίας και με τις ακόλουθες ενδείξεις από τον εργαστηριακό έλεγχο: Hct=28%, Hb=8,5 g/dl, AST=250U/I, ALT=170U/I, γ-GT=20U/I.

Η ασθενής επικοινωνούσε μόνο στα Πακιστανικά, χωρίς να υπάρχει συνοδό μέλος που να λειτουργούσε ως μεταφραστής και ήταν αδύνατο να ληφθεί οποιαδήποτε πληροφορία από το ατομικό ή κληρονομικό ιστορικό της. Δεν

είχε προηγηθεί πλήρους κλινική εξέταση κατά την εισαγωγή. Στο χειρουργικό τραπέζι συνδέθηκε με το βασικό monitoring (SpO₂, μη επεμβατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, ηλεκτροκαρδιοσκόπιο) και διενεργήθηκε κλινική εξέταση στην οποία διαπιστώθηκε ήπια φλεβοκομβική ταχυκαρδία, που προϋπήρχε στο προεγχειρητικό ΗΚΓ (120 σφύξεις/λεπτό), S1-S2 καρδιακοί τόνοι ευκρινείς, ρυθμικοί, χωρίς παρουσία φυσημάτος και αρτηριακή πίεση 145/100 mmHg. Ο υπόλοιπος κλινικός έλεγχος ήταν αρνητικός για παθολογικά ευρήματα.

Λόγω, κυρίως, της αδυναμίας λήψης ιστορικού και της απουσίας ουσιαστικής επικοινωνίας, αποφασίστηκε να υποβληθεί σε γενική αναισθησία για τη διενέργεια της ΚΤ. Για προστασία από πιθανή εισρόφιση χορηγήθηκαν κεντρικό νάτριο 30ml per os, μετοκλοπραμίδη 10 mg και ρανιτιδίνη 50 mg ΕΦ και έπειτα από προοξυγόνωση με

προσωπίδα 100% έγινε εισαγωγή στην αναισθησία με νατριούχο θειοπεντάλη 400mg και σουκκινυλχολίνη 80mg ΕΦ. Η διατήρηση της αναισθησίας μετά την έξοδο του νεογνού έγινε με ενδοφλέβια χορήγηση προποφόλης (αρχική δόση 160 mg και ακολούθως στάγδην έγχυση 560mg/h). Διεγχειρητικά χορηγήθηκαν επίσης μετά την έξοδο του νεογνού φεντανύλη (200μg ΕΦ), μορφίνη (10mg ΕΦ), παρακεταμόλη (1g ΕΦ) και λορνοξιζάμη (8mg ΕΦ). Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 45 λεπτά και συνολικά η ασθενής έλαβε 3 λίτρα γαλακτικού διαλύματος Ringer για την αναπλήρωση των διεγχειρητικών απωλειών υγρών. Η αφύπνιση ήταν ομαλή. Μεταφέρθηκε σε κοινό θάλαμο μια ώρα μετά την παραμονή της στην ανάνηψη των χειρουργικών αιθουσών, με άριστη κλινική εικόνα και ύφεση της αρτηριακής πίεσης (110/70mmHg) και της φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας (80 σφύξεις/λεπτό). Λίγες ώρες μετά εμφάνισε δύσπνοια, ταχύπνοια (32 αναπνοές/λεπτό) με συνοδό ταχυκαρδία (120 σφύξεις/λεπτό) και λόγω της προοδευτικά επιδεινούμενης κλινικής εικόνας η ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΑΦ (Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας) για περαιτέρω παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Κατά την εισαγωγή της εκεί έγινε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος που ανέδειξε: Hb=7,6g/dl, Hct=23,0%, Λευκά αιμοσφαίρια=19.000/cm³ (Πολυμορφοπύρρηνα:85%, Λεμφοκύτταρα:10%), αιμοπετάλια=185.000/cm³, χρόνο PT=18,7 sec, χρόνο aPTT=43,8 sec, INR=1,6 sec, Ινωδογόνο=2,5 gr/dl, D-Dimers=4,28μg/L, Na=128 mEq/l, Ουρία: 48 mg/dl, Κρεατινίνη: 1,06 mg/dl, και διαταραχή στην ηπατική βιοχημεία (AST: 576 U/l, ALT: 277 U/l, γ-GT: 32 U/l, LDH: 896 U/l). Η ασθενής μεταγγίστηκε με 1 μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών και 2 μονάδες φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος. Προοδευτικά παρουσίασε ορθόπνοια, χωρίς ακροαστικά ευρήματα, με ευκρινείς S1-S2 τόνους και ήπιο οίδημα κάτω άκρων με εντύπωμα. Διενεργήθηκε α/α θώρακος που δεν ανέδειξε κάποια παθολογία. Χορηγήθηκαν 20mg φουροσεμίδης ΕΦ και 3 mg ΥΔ μορφίνης που προκάλεσαν ύφεση των συμπτωμάτων. Λίγες ώρες μετά η ασθενής εμφάνισε εκ νέου ορθόπνοια με συνοδό φλεβοκομβική ταχυκαρδία (141 σφύξεις/λεπτό), διατεταμένη κοιλιά, ευαίσθητη, με μειωμένους εντερικούς ήχους και ψηλαφητό ήπαρ, ελαφρώς επώδυνο. Η γυναικολογική εκτίμηση δεν απέκλεισε το ενδεχόμενο ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, παρόλο που το υπερηχογράφημα κοιλίας ήταν αρνητικό. Η καρδιολογική εκτίμηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για αιμορραγία και συνεστήθη η άμεση μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργείο. Η διαδερμική παρακέντηση κοιλίας όμως απέβη αρνητική για αιμορραγία και αποφασίστηκε η άμεση μεταφορά της ασθενούς στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) για περαιτέρω παρακολούθηση και δυνατότητα άμεσης παρέμβασης υπό πλήρες monitoring.

Στη ΜΑΦ διενεργήθηκε καθετηριασμός δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων με καθετήρα Swan-Ganz όπου διαπιστώθηκαν πολύ αυξημένες τιμές των πιέσεων του δεξιού κόλπου, της δεξιάς κοιλίας και της πνευμονικής αρτηρίας (συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας: PASP=94mmHg). Εκλήθη εκ νέου καρδιολόγος για τη διενέργεια υπερηχογραφήματος καρδιάς ο οποίος ανέδειξε εξαιρετικά μειωμένο εύρος μιτροειδούς βαλβίδας (0.9 cm²), με υψηλή μέση κλίση πιέσεων(20 mmHg) που σε συνδυασμό με την αυξημένη PASP στοιχειοθέτησαν παθολογικά στοιχεία για τη διάγνωση σοβαρού βαθμού στένωσης μιτροειδούς βαλβίδας. Η ασθενής μεταφέρθηκε σε εξειδικευμένο κέντρο για πλαστική αποκατάσταση της βαλβίδας.

Συζήτηση

Η κύηση επιφέρει δραματικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα της εγκύου, με αύξηση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος κατά 30-50% και συνακόλουθη αναιμία λόγω σχετικής αραιώσης των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Επιπλέον αυξάνει ο όγκος παλμού κατά 30%, η καρδιακή συχνότητα κατά 20% και ως αποτέλεσμα και η καρδιακή παροχή. Όλα αυτές οι αλλαγές μεγεθύνονται κατά τη διάρκεια του τοκετού από τον πόνο, την αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών και από την αυτομετάγγιση περίπου 500ml αίματος στη μητέρα από τον πλακούντα σε κάθε ωδήνη ενώ το προφορτίο της δεξιάς κοιλίας αυξάνει και μετά τον τοκετό λόγω της ελεύθερης επιστροφής του αίματος με την άρση της συμπίεσης της κάτω κοιλίας φλέβας μετά την έξοδο του εμβρύου.¹

Σε γενικές γραμμές οι αλλαγές αυτές γίνονται καλά ανεκτές από ένα υγιές καρδιαγγειακό σύστημα. Σύμφωνα με αναφορές από το Ην. Βασίλειο που αναλύονται και δημοσιεύονται κάθε τρία χρόνια και αφορούν τα αίτια του μητρικού θανάτου, η καρδιακή νόσος παραμένει η κυριότερη αιτία έμμεσου μητρικού θανάτου το 2006-08 με 2.31 θανάτους ανά 100000 κύσεις. Στο διάστημα αυτό δεν αναφέρθηκε περιστατικό που να σχετίζεται με στένωση μιτροειδούς βαλβίδας αν και στις προηγούμενες δυο αντίστοιχες αναφορές είχαν παρατηρηθεί συνολικά 6 θάνατοι από αυτήν.²

Ο οξύς ρευματικός πυρετός (ΡΠ) αποτελεί την κυριότερη αιτία στένωσης της μιτροειδούς βαλβίδας. Άλλες σπάνιες αιτίες (<1%) είναι η συγγενής στένωση της βαλβίδας, οι εκβλαστήσεις των γλωχίνων και η επασβέστωσή τους καθώς και του στομίου της βαλβίδας.³ Ο ΡΠ οφείλεται στη λοίμωξη από το στρεπτόκοκκο της Ομάδας Α ο οποίος προκαλεί νεοαγγείωση στον καρδιακό ιστό, επιστράτευση T- λεμφοκυττάρων και τελικά κοκκιοματώδη φλεγμονή. Το 60% των μη θεραπευμένων ασθενών καταλήγει με χρόνια στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας⁴ λόγω της τελικής πάχυνσης των γλωχίνων της βαλβίδας και της βράχυνσης και συγχώνευσης των θηλωδών μυών.⁵ Αν και τα δυο φύλα προσβάλλονται το ίδιο από το ΡΠ, στένωση μι-

τροειδούς αναπτύσσουν συχνότερα οι γυναίκες (2:1) χωρίς να είναι γνωστά τα αίτια.

Η επίπτωση της στένωσης μιτροειδούς λόγω του ότι συσχετίζεται με το ΡΠ είναι ιδιαίτερα αυξημένη στις αναπτυσσόμενες χώρες, πιθανώς λόγω της ελλιπούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της περιορισμένης χορήγησης αντιβιοτικών χωρίς να έχουν πλήρως αποσαφηνιστεί τα αίτια.⁶ Στην Ινδία η επίπτωση του ΡΠ είναι 6:1000 (στενώσεις μιτροειδούς) και στην Ασία 12:1000 ενώ στις Η.Π.Α ανέρχεται μόλις στο 0.05:1000.^{7,8,9} Στο Πακιστάν, από όπου καταγόταν η ασθενής μας, η επίπτωση του ΡΠ είναι από τις υψηλότερες του κόσμου (22:1000).¹⁰ Σε πρόσφατη μελέτη, που περιλάμβανε 250 γυναίκες από το Πακιστάν με ΡΠ, φάνηκε ότι το 44% έπασχαν από στένωση μιτροειδούς, το 34% είχαν στένωση και ανεπάρκεια μιτροειδούς και το 22% παρουσίαζε βλάβη στη μιτροειδή και την αορτική βαλβίδα. Το 43.6% των ασθενών με αμυγή στένωση μιτροειδούς παρουσίαζαν σοβαρού βαθμού βλάβη. Τα δεδομένα αυτά αποδόθηκαν από τους ερευνητές στην αδυναμία έγκαιρης διάγνωσης, στη φτωχή αντιμετώπιση των λοιμώξεων του φάρυγγα και στα ελλιπή μέτρα προφύλαξης στην κοινότητα από το ΡΠ.¹¹

Η μετρίου και σοβαρού βαθμού στένωση μιτροειδούς δεν γίνεται καλά ανεκτή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπου οι φυσιολογικές αλλαγές της κύησης οδηγούν σε ταχυκαρδία με περαιτέρω μείωση του διαστολικού χρόνου πλήρωσης και σε αύξηση της κλίσης πίεσης. Υπάρχει κίνδυνος κατά τη διάρκεια του δευτέρου και τρίτου τριμήνου κύησης εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας ακόμα και σε γυναίκες που ήταν ασυμπτωματικές.^{12,13} Φαίνεται ότι οι συχνότερες επιπλοκές για τη μητέρα είναι το πνευμονικό οίδημα και οι αρρυθμίες και κυρίως η κολπική μαρμαρυγή.¹⁴ Σε ότι αφορά στο κνήμα οι επιπλοκές είναι η προωρότητα (20-30%) και η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (5-20%), ενώ οι επιπλοκές μητέρας και κνήματος σχετίζονται άμεσα με το βαθμό της στένωσης και την κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων κατά NYHA (New York Heart Association Functional Classification).^{13,15,16} Οι Siu SC και συν προσθέτουν στα παραπάνω ως προγνωστικούς δείκτες καρδιακών επιπλοκών για τη μητέρα που πάσχει από καρδιακή νόσο, τη συστολική δυσλειτουργία (κλάσμα εξώθησης <40%), το ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, την παροδική ισχαιμική βλάβη πριν την εγκυμοσύνη ή την προηγηθείσα αρρυθμία, ενώ προγνωστικοί δείκτες κακής έκβασης για το έμβρυο είναι, εκτός από τη NYHA τάξη, οι πολλαπλές κήσεις, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής στην κύηση.^{16,17}

Η αντιμετώπιση κατά τη διάρκεια της κύησης περιλαμβάνει τακτική παρακολούθηση από το θεράποντα μαιευτήρα και από καρδιολόγο. Η ήπια έως και μετρίου βαθμού στένωση μιτροειδούς αντιμετωπίζονται επαρκώς με φαρ-

μακευτική αγωγή, κυρίως με διουρητικά και β-αποκλειστές, με σκοπό να μειωθεί η καρδιακή συχνότητα και να αυξηθεί ο χρόνος διαστολικής πλήρωσης. Από τους β-αποκλειστές προτιμώνται οι β1 εκλεκτικοί για να μην επηρεάζεται η συσπαστικότητα της μήτρας.¹⁸ Παρόλα αυτά η ατενολόλη θεωρείται ότι πρέπει να αποφεύγεται στα αρχικά στάδια της κύησης διότι έχει συσχετισθεί με καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου¹⁹ και τα διουρητικά πρέπει να χορηγούνται με προσοχή διότι υπάρχει ο κίνδυνος της υποογκαιμίας και τελικά της υποάρδευσης της ομφαλικής φλέβας.¹ Οι ασθενείς που βρίσκονται στην κατηγορία κατά NYHA III – IV, με σοβαρού βαθμού στένωση μιτροειδούς, μπορούν να υποβληθούν σε διαδερμική πλαστική βαλβίδας με μπαλόνι με καλά αποτελέσματα^{12,20} αλλά μόνον εφόσον έχουν εξαντληθεί όλες οι φαρμακευτικές επιλογές, λόγω του ότι η επέμβαση σχετίζεται με νεογνική θνητότητα στο 1/3 των περιπτώσεων.²¹

Η αναισθησιολογική αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη σε κάθε περίπτωση.²² Ο κύριος σκοπός είναι η διατήρηση της καρδιακής συχνότητας σε φυσιολογικά επίπεδα, η άμεση αντιμετώπιση των αρρυθμιών εφόσον υπάρξουν, η αποφυγή της συμπίεσης της κάτω κοίλης φλέβας, η επαρκής αναλγησία, η αποφυγή της υποξαιμίας, της οξέωσης και της υπερκαπνίας διότι μπορούν να αυξήσουν τις πνευμονικές αντιστάσεις.²³ Ο φυσιολογικός τοκετός δεν αντενδείκνυται και η καισαρική τομή εφαρμόζεται για μαιευτικούς λόγους.^{12,24} Η υπαραχοειδής αναισθησία δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση μιτροειδούς²² ενώ η οσφυϊκή επισκληρίδιος αναισθησία έχει φανεί να έχει τις λιγότερες διακυμάνσεις του καρδιαγγειακού συστήματος.²⁵ Η γενική αναισθησία εφαρμόζεται με καλά αποτελέσματα εφόσον αποκλειστεί η έντονη συμπαθητική διέγερση που συμβαίνει στη φάση της διασωλήνωσης με β-αποκλειστές ή με οπιοειδή¹ πρέπει όμως να αποφεύγονται όλοι οι αναισθητικοί παράγοντες που προκαλούν διέγερση του συμπαθητικού συστήματος.

Η ασθενής μας δεν γνώριζε ότι έπασχε από σοβαρού βαθμού στένωση της μιτροειδούς, δεν είχε υποβληθεί σε προγεννητικό έλεγχο και δεν υπήρξε το περιθώριο για να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο βελτίωσης της κλινικής της κατάστασης με φαρμακευτικά ή επεμβατικά μέσα. Επιπρόσθετα η αδυναμία επικοινωνίας κατέστησε αδύνατη τη λήψη ατομικού ιστορικού που θα έδινε στοιχεία για την κατηγοριοποίηση της κατά NYHA. Τέλος, η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε το χαρακτηριστικό μεσοδιαστολικό φύσημα χαμηλής συχνότητας, πιθανά λόγω της συνυπάρχουσας πνευμονικής υπέρτασης, η οποία ενοχοποιείται για συγκάλυψη των ακροαστικών ευρημάτων.¹⁸ Να σημειωθεί επίσης, ότι αν δεν υπήρχε το εμπόδιο της επικοινωνίας το οποίο αποτελεί σύμφωνα με τους Stamer UM και Stuber F αιτία αποκλεισμού περιοχικής αναισθησίας²⁶, το πιο πιθανό είναι

να είχε χορηγηθεί στην επίτοκο υπαραχνοειδής αναισθησία, με άγνωσης βαρύτητας επίπτωση στο καρδιαγγειακό της και ασφαλώς ιατρονομικές εμπλοκές της ιατρικής και κυρίως της αναισθησιολογικής ομάδας. Ο πλημμελής προεγχειρητικός έλεγχος σε συνδυασμό με τα παραπάνω οδήγησαν όμως στη δυσμενή εξέλιξη της κλινικής κατάστασης της ασθενούς μετεγχειρητικά.

Στο Ην. Βασίλειο υπάρχουν συστάσεις για το πώς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται οι εγκυες γυναίκες διαφορετικών εθνικότητων, διότι έχει διαπιστωθεί ότι το 44% των άμεσων και το 24% των έμμεσων θανάτων στην περιγεννητική περίοδο αφορά σε αυτή την ομάδα ασθενών.² Κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθηση των γυναικών αυτών από τη 12η εβδομάδα κύησης, ο πλήρης έλεγχος όλων των συστημάτων και η άμεση αναφορά σε ειδικό ιατρό, εφόσον διαπιστωθεί κάποια παθολογία. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ύπαρξη ανεξάρτητων διαπολιτισμικών μεσολαβητών, οι οποίοι λειτουργούν αμερόληπτα ως μεταφραστές και εξασφαλίζουν την απρόσκοπτη μεταφορά πληροφοριών από τον ασθενή στον ιατρό. Θεωρείται ότι η αντικατάσταση των διαμεσολαβητών από μέλη της οικογένειας είναι επισφαλής, διότι δεν είναι σαφές το επίπεδο αντίληψης της γλώσσας που έχει το μέλος της οικογένειας και το πώς θα μεταφέρει τις πληροφορίες, ενώ η ασθενής πιθανά να μην επιθυμεί να κοινοποιήσει το ιατρικό της ιστορικό σε μέλη του οικείου περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εξασφαλιστεί η ακρίβεια των πληροφοριών.

Στον Καναδά το 2011 εκδόθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες²⁷ για τη διαχείριση των εγκύων μεταναστριών ξεκινώντας από την παραδοχή ότι κάθε γυναίκα, ανεξάρτητα από την εθνικότητά της έχει το θεμελιώδες δικαίωμα να λάβει πλήρη περιγεννητική φροντίδα με αξιοπρέπεια. Αναγνωρίζεται ότι υπάρχει δυσκολία στη διαχείριση αυτών των περιστατικών που κυρίως εντοπίζεται στην αδυναμία επικοινωνίας, στη διαφορετική κουλτούρα, στο άγνωστο ιατρικό ιστορικό και στην προσπάθεια απόκρυψης στοιχείων από το φόβο της απέλασης καθώς και στη δυσκολία των ασθενών αυτών να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Προτείνουν ότι χρειάζονται μελέτες στην ομάδα αυτή των ασθενών που θα καθορίσουν τις ανάγκες τους και θα δώσουν λύσεις. Αντίστοιχα στις ΗΠΑ²⁸ συνιστάται από την πρώτη μαιευτική επίσκεψη, που πρέπει να γίνει στις 6-8 πρώτες εβδομάδες της κύησης, να καταγράφεται σε έντυπο εάν υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας και ορίζεται πώς πρέπει να υφίσταται πλήρης και ενδεδειγμένη παρακολούθηση των ασθενών αυτών σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

Στην Ελλάδα ο αριθμός των καταγεγραμμένων μεταναστών στην τελευταία απογραφή του 2001²⁹ κυμαίνεται στις 738.736 με 327.499 να είναι γυναίκες και οι 205.281 να βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία μεταξύ 15-45 ετών. Ωστόσο αυτά τα στοιχεία έρχονται σε αντίθεση με

τις άλλες πηγές που αναφέρουν ένα μεγάλο, αλλά άγνωστο, αριθμό ατόμων που έχουν λάβει την τριετή κάρτα ομογενή από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης (την επονομαζόμενη «Ροζ κάρτα»), που αποτελεί το επίσημο έγγραφο αιτούντος πολιτικού ασύλου. Ανεπίσημες πηγές ανεβάζουν τον αριθμό των καρτών που έχουν εκδοθεί στις 150-200.000.³⁰ Σύμφωνα με επίσημη δήλωση του Υπουργείου Εσωτερικών ο αριθμός των νόμιμων και παράνομων οικονομικών μεταναστών εκτιμάται σήμερα ότι είναι 1.300.000-1.500.000.³¹ Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία είναι απαραίτητη η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών που θα καλύψουν τις ανάγκες των μεταναστών, θα προστατέψουν την ιδιαίτερα ευαίσθητη ομάδα των εγκύων και θα καθοδηγήσουν με ασφάλεια τους θεράποντες ιατρούς σε πλήρεις και ασφαλείς πρακτικές. Σημειώνεται ότι από το 2009 υπάρχει πρόγραμμα διαπολιτισμικών μεσολαβητών, που όμως εφαρμόζεται μόνο σε επιλεγμένα νοσοκομεία στην Ελλάδα³² κάτι που είναι αναγκαίο και πρέπει να ενσωματωθεί πλήρως στην καθημερινή πρακτική σε ευρύτερο φάσμα. Η πολυπολιτισμικότητα των σύγχρονων κοινωνιών ως αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης και της μετακίνησης πληθυσμών έχει δημιουργήσει μια νέα πραγματικότητα και νέες προκλήσεις στις οποίες η επιστημονική κοινότητα πρέπει να απαντήσει.

Severe mitral valve stenosis diagnosed two days after caesarean section

Micha G.¹, Stamatakis E.¹, Pamboucas C.², Valsamidis D.¹

¹Department of Anaesthesiology and Pain management, General Hospital "Alexandra" Athens, Greece.

²Department of Clinical Therapeutics, General Hospital "Alexandra" Athens, Greece.

Correspondence: Micha G., E-mail:mgeo3@yahoo.gr

Summary

We present the case of a 29 year old pregnant woman of Pakistani origin who was admitted into the obstetric clinic due to intrauterine growth retardation, fetal bradycardia as was recorded by the cardiotocograph and preeclampsia. Preoperative evaluation was negative for any preexisting pathology and emergency cesarean section was consequently decided. The patient could only speak the Pakistani language and no information was accessible due to the absence of a translator. Because of this hindrance to communicate she was subjected to general anaesthesia. Twelve hours postoperatively the patient presented orthopnea and concurrent tachycardia. An elementary cardiological evaluation was negative for any signs of pathology and intraabdominal bleeding was ruled out after performing an abdominal ultrasound and paracentesis. The patient was transferred into the HDU where she was subjected to right heart catheterization and cardiac ultrasound which revealed severe mitral valve stenosis with pulmonary hypertension resulting in pulmonary oedema. Immigrants comprise a special group of patients on account of

their different culture, their inability to communicate properly, the usually inadequate healthcare they have received and their vague health record. Their numbers in Greece reach approximately 1.500.000, which demands the creation of specific guidelines that will determine the safest and most complete managing process regardless of the factors that differentiate them.

Key words: Mitral stenosis, Immigrants, Guidelines, cultural mediators

Βιβλιογραφία

- Weiner MM, Vahl TP, Kahn RA. Case Scenario: Cesarean Section Complicated by Rheumatic Mitral Stenosis. *Anesthesiology* 2011; 114:949–57.
- Saving Mothers' Lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE), *BJOG* 2011;118 (Sup 1), 1–203.
- Baumgartner H, Hung J, Bermejo J, Chambers JB, Evangelista A, Griffin BP, et al. American Society of Echocardiography, European Association of Echocardiography: Echocardiographic assessment of valve stenosis: EAE/ASE recommendations for clinical practice. *J Am Soc Echocardiogr* 2009; 22:1–23.
- Veasy LG, Hill HR: Immunologic and clinical correlations in rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16:400–7.
- Carabello BA. Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine. Modern Management of Mitral Stenosis. *Circulation*. 2005;112:432-437.
- Massell BF, Chute CG, Walker AM, Kurland GS. Penicillin and the marked decrease in morbidity and mortality from rheumatic fever in the United States. *N Engl J Med*. 1988; 318:280–286.
- Padmavati S: Rheumatic fever and rheumatic heart disease in India at the turn of the century. *Indian Heart J* 2001; 53:35–7.
- Lee GM, Wessels MR.: Changing epidemiology of acute rheumatic fever in the United States. *Clin Infect Dis* 2006; 42:448–50.
- Carapetis JR: Rheumatic heart disease in Asia. *Circulation* 2008; 118:2748–53.
- Akhtar N, Sadiq M, Chagani H. Guidelines for prevention of rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Pak J Cardio* 2004; 15:136–48.
- Ahmad S, Hayat U, Naz H. Frequency of severe mitral stenosis in young female patients having pure mitral stenosis secondary to rheumatic heart disease. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010;22(4).
- Desai DK, Adanlawo M, Naidoo DP, Moodley J, Kleinschmidt I: Mitral stenosis in pregnancy: A four-year experience at King Edward VIII Hospital, Durban, South Africa. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107:953–8.
- Hameed A, Karaalp IS, Tummala PP, Wani OR, Canetti M, Akhter MW, Goodwin I, Zapadinsky N, Elkayam U. The effect of valvular heart disease on maternal and fetal outcome of pregnancy. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37:893–899.
- Lesniak-Sobelga A, TraczW, KostKiewicz M, Podolec P, Pasowicz M. Clinical and echocardiographic assessment of pregnant women with valvular heart diseases –maternal and fetal outcome. *Int J Cardiol* 2004; 94:15–23.
- Silversides CK, Colman JM, Sermer M, Siu SC: Cardiac risk in pregnant women with rheumatic mitral stenosis. *Am J Cardiol* 2003; 91:1382–5.
- Siu SC, Sermer M, Colman JM, Alvarez AN, Mercier LA, Morton BC, et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation* 2001; 104:515–521.
- Siu SC, Colman JM, Sorensen S, et al. Adverse neonatal and cardiac outcomes are more common in pregnant women with cardiac disease. *Circulation* 2002; 105:2179–2184.
- 2008 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al. 2006 Writing Committee Members; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force. *Circulation*. 2008 Oct 7;118(15):e523-661.
- Tabacova S, Kimmel CA, Wall K, Hansen D: Atenolol developmental toxicity: Animal-to-human comparisons. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2003; 67:181–92.
- Rahimtoola SH, Durairaj A, Mehra A, Nuno I. Current evaluation and management of patients with mitral stenosis. *Circulation* 2002;106:1183–1188.
- Weiss BM, von Segesser LK, Alon E, Seifert B, Turina MI: Outcome of cardiovascular surgery and pregnancy: A systematic review of the period 1984–1996. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:1643–53.
- Gomar C, Errando CL: Neuroaxial anaesthesia in obstetrical patients with cardiac disease. *Curr Opin Anaesthesiol* 2005;18:507–12.
- Kannan M, Vijayanand G. Mitral stenosis and pregnancy: Current concepts in anaesthetic practice. *Indian J Anaesth* 2010;54:439-44.
- Vasu S, Stergiopoulos K: Valvular heart disease in pregnancy. *Hellenic J Cardiol* 2009; 50:498–510.
- Kuczkowski KM, van Zundert A: Anesthesia for pregnant women with valvular heart disease: The state of the art. *J Anesth* 2007; 21:252–7.
- Stamer UM, Stuber F. Anaesthesia for non-scheduled caesarean delivery. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2002; 15:293-298.
- Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al and coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011;183(12).
- The Pregnancy Management Working Group With support from: The Office of Quality and Performance, VA, Washington, DC & Quality Management Directorate, United States Army MEDCOM. VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR PREGNANCY MANAGEMENT. Department of Veterans Affairs Department of Defense QUALIFYING. 2009.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Απογραφή πληθυσμού της 18ης Μαρτίου 2001.
- Κυριάκου Ι, Κακάλια Π, Κάτσιος Ι, Baldwin-Edwards M. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Αναλυτική μελέτη για τα διαθέσιμα στοιχεία και προτάσεις για τη συμμόρφωση με τα standards της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μελέτη για λογαριασμό του Ι.Μ.Ε.Π.Ο. Από το Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευση. Ι.Α.Π.Α.Δ. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Αναθεωρημένη έκδοση, 15 Νοεμβρίου 2004.
- Ημερίδα «Διπλή πρόκληση: Οικονομική κρίση και Μετανάστευση». Ινστιτούτο Κωνσταντίνος Καραμανλής, Κέντρο Ευρωπαϊκών Μελετών. 2012.
- Διαπολιτισμική μεσολάβηση στην υγεία. Γέφυρες σεβασμού και επικοινωνίας. Πρόγραμμα «Διαπολιτισμική Μεσολάβηση» σε επιλεγμένα νοσοκομεία των περιφερειών Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διάσταση, Υπουργείο Εσωτερικών Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης Υπηκόων Τρίτων Χωρών στην Ελλάδα, Ευρωπαϊκή Ένωση. Δράση 1.6/09.

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ 29/12/2011 ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ 16/03/2012