

Gebelik ve Hipertansiyonda Maternal ve Perinatal Mortalite ve Morbidite

Tayfun OSMANAĞAOĞLU, Birol CENGİZOĞLU, Mesut UNSAL, Sedat VAROL, Orhan ÜNAL
Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği/İstanbul

ÖZET

GEBELİK VE HİPERTANSİYONDA MATERNAL VE PERİNATAL MORTALİTE VE MORBİDİTE

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1/1/1992 ve 31/12/1993 tarihleri arasında doğumları gerçekleştirilen 6100 olgudan gebelik ve hipertansiyon saptanan 94 olgu perinatal mortalite, laboratuvar bulguları ve maternal morbidite yönünden irdelendi. Olgular hafif preeklampsi, ağır preeklampsi, eklampsi ve kronik hipertansiyon olarak ayrı ayrı gruplandırıldılar. Hipertansiyon saptanan olguların 9'i 28 gebelik haftasından küçüktü ve daha sonra izlenemedi, bu nedenle de çalışma dışı bırakıldı. 28-32 gebelik haftaları arasındaki 23 olgunun 13'ünde perinatal mortalite görüldü. Bunların 9'u intrauterin fetal ölümdü. 33-37 gebelik haftaları arasındaki 19 olgudan 6'sında perinatal mortalite görüldü. 38 gebelik haftası üzerindeki 43 olgunun sadece 1'inde perinatal ölüm görüldü. Olgulardaki ortalama doğum tartısı 2384 gram idi. Doğum ağırlığı ile perinatal mortalite arasındaki ilişki irdelendi. Olgular laboratuvar bulguları yönünden de irdelendi. Trombosit sayısı 100.000/mm³ altında olan 6 olgu mevcuttu. Bunların 3'ü HELLP sendromu olarak değerlendirildi. Gebelik ve hipertansiyon olgularımızda perinatal mortalite % 231 olarak bulundu. Maternal mortalite görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, hipertansiyon, perinatal mortalite.

SUMMARY

PERINATAL AND MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY IN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY

We evaluated 94 patients, in whom hypertension was detected, for perinatal mortality, laboratory findings and maternal mortality. Patients were classified as mild preeclampsia, severe preeclampsia, eclampsia, chronic hypertension, chronic hypertension superimposed preeclampsia and transient hypertension. 9 of the patients were below 28 gestational weeks. In 23 patients between 28-32 gestational weeks, 13 perinatal death were seen. 9 of these were intrauterin fetal death. In 19 patients between 33-37 gestational weeks, 6 perinatal death were seen. In 43 patients above 38 gestational weeks there were only one perinatal death. Mean birth weight was 2384 grams. Correlation between birth weight and perinatal mortality was evaluated. We also evaluated the laboratory findings. There were 6 patients with trombocyte count below 100.000/mm³. 3 of those were considered as HELLP Syndrome. Overall perinatal mortality rate was % 231. There was only one maternal death.

Key Words: Pregnancy, hypertension, perinatal mortality.

Hipertansiyon, gebelikte en çok görülen medikal komplikasyon olup tüm gebeliklerin % 5-15'inde görülür ve maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi anlamlı oranda artırır (1,2,3). Hipertansiyonla komplike olmuş gebelikler çokça çalışılmış ve bu olgularda intrauterin gelişme geriliği (IUGG), fetal distres, perinatal mortalitenin arttığı gösterilmiştir (4,5,6,7). Gebelik ve hipertansiyonda perinatal mortaliteye en sık yol açan nedenler IUGG (4,5) prematürite, intrauterin asfiksi, intrkranyal kanama gibi nedenlerdir (8,9,10). Gelişmiş ülkelerde antenatal takip, tanı ve rasyonel tedavi yöntemlerinin ilerlemesi ile prognoz düzelirken ülkemizde bu konu hala güncelliğini korumaktadır (3). Bu çalışmamızda kliniğimizde gebelik ve hipertansiyon nedeniyle izlenen hastalarda perinatal mortalite ve morbiditemizi belirlemek, bulgularımızı literatürdeki verilerle karşılaştırarak sonuçları irdelemeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1992-1993 yıllarında doğumu gerçekleştirilen 6100 olgudan gebelik ve hipertansiyon saptanan 94 olgu, maternal ve perinatal mortalite ve morbidite yönünden incelendi. Olgular hafif preeklampsi, ağır preeklampsi, eklampsi, kronik hipertansiyon, süperimpoze preeklampsi ve geçici hipertansiyon olarak sınıflandırıldılar.

Hafif preeklampsi kriterleri:

1. TA 140/90 mmHg-160/100 mmHg arasında olması.
2. Saatlik idrarda 0.3 gr. protein ya da 6 saat ara ile iki idrar tetkikinde (++) proteinüri varlığı.
- 3- Yüz ve ellerde ödem varlığı

Ağır preeklampsi kriterleri:

1. TA 160/110 mmHg ve üzerinde olması
2. Saatlik idrarda 5 gr. ya da 6 saat ara ile iki idrar tetkikinde (+++ veya +++) proteinüri varlığı.
3. 24 saatte 400 cc altında idrar.
4. Cerebral visuel bozukluk, pulmonei ödem, epigastrik ağrı gibi belirtilerin varlığı idi (8,11,12,13).

Gebelik ve hipertansiyon saptanan 94 olgu maternal ve perinatal mortalite ve morbidite, yaş, parite, doğum tartısı, doğum şekli yönünden incelenmiş ve sonuçlar literatür ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubu 94 olgudan oluşuyordu ve 28 gebelik haftasının altındaki 9 olgu çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Olguların sınıflaması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışma grubundaki hastalarda ortalama yaş 26.977 ± 6.597 olup yaşları 18 ile 42 arasında değişiyordu. Ortalama doğum tartısı 2384.574 ± 903.57 olup 1500 gr ile 4500 arasında değişiklik gösteriyordu. Olguların ortalama gebelik haftası 34.63 ± 5.37 idi ve 28-42 hafta arasında değişiyordu.

Olgular 28-32 gebelik haftası, 33-37 gebelik haftası ve 38 gebelik haftası ve üzeri olmak üzere 3 ayrı grupta incelenmiştir. Gebelik haftası 28-32 arasında değişen 23 olgu (% 27) mevcuttu. Bunların 13'ü ağır preeklampsi, 6'sı eklampsi, 4'ü kronik hipertansiyon idi. Bu 23 olgudan 13'ünde perinatal ölüm görüldü. Bunların 9'u, ilk karşılaşıldığında in utero ex idi. 4 tanesi ise klinikte gebelik haftasının ilerlemesi beklenirken ex oldu. Bu grupta perinatal mortalite % 565 olarak hesaplandı. Gebelik haftası 33-37 arasında olan 19 olgu (% 22.3) mevcuttu ve bunların 7'si ağır preeklampsi, 4'ü eklampsi, 4'ü hafif preeklampsi, 4'ü de kronik hipertansiyon idi. Ağır preeklampsiğin birinde HELLP Sendromu gelişti. 19 olgudan 6'sında perinatal ölüm görüldü. Bu 6 olgudan biri in utero ex idi, 2'si gebelik haftasının ilerlemesi beklenirken ex oldu, 2'si prematürite nedeniyle ex olurken bir olguda anomali mevcuttu ve ex oldu. Bu grupta perinatal mortalite % 318 olarak saptandı. 38 hafta üzerinde 43 (% 51.6) olgu mevcuttu. Bunların 16'sı ağır preeklampsi, 7'si eklampsi, 5'i hafif preeklampsi, 6'sı geçici hipertansiyon, 4'ü kronik hipertansiyon ve 3'ü süperimpoze preeklampsi idi. Ağır preeklampsiğin 2 olguda HELLP Sendromu görüldü. Olguların gebelik haftasına göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Olguların doğum şekli de gözden geçirilmiş olup Tablo 3'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Hipertansiyon gebeliğin en sık medikal komplikasyonudur. American College of Obstetricians and Gynecologist 1972'de şu sınıflamayı yapmıştır.

- 1 Preeklampsi-eklampsi
- 2 Kronik hipertansiyon
- 3- Kronik hipertansiyon süperimpoze preeklampsi,

lampsı,

4. Transient hipertansiyon.

Bu sınıflama daha sonra National High Blood Pressure Education Working Group Report tarafından da desteklenmiştir (14,15). Biz ise kliniğimizde bunun modifikasyonu olan şu sınıflamayı kullanmaktayız:

1. Hafif preeklampsi
2. Ağır preeklampsi
- 3- Eklampsi
4. Kronik hipertansiyon,
- 5- Kronik hipertansiyon süperimpoze preeklampsi
6. Transient hipertansiyon

Kavram karışıklığını ortadan kaldırmak için Sibai gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon grubundaki formların (preeklampsi, transient hipertansiyon, süperimpoze preeklampsi ve eklampsi) hepsinin preeklampsi terimi ile ifade edilmesini önermektedir (2,16).

Genel olarak hipertansiyon tüm gebeliklerin % 7'sinde komplike olurken, preeklampsi tüm gebeliklerin yaklaşık % 5'inde görülmektedir. İnsidans aralığı, kullanılan kriterler ve çalışılan gruba göre % 2-35 arasında değişiklik gösterir (2,13,14,16,17,18,19). Bizim çalışmamızda hipertansiyon sıklığı % 1.5 olarak bulunmuştur.

Gebeliğin hipertansif hastalığında perinatal prognoz iyi olmadığı bilinmektedir. Tüm perinatal ölümlerin % 20-25'inin gebeliğin indüklediği hipertansif bozukluklara bağlı olduğu bildirilmektedir (16). Gebelik ve hipertansiyonda perinatal mortaliteye en sık yol açan nedenler IUGG, prematürite, intrauterin asfiksi gibi nedenlerdir. IUGG ile hipertansif bozukluk arasındaki ilişki, literatürde oldukça iyi döküman edilmiştir ve gebelik ve hipertansiyon olgularında % 2.5 ve % 15 oranında görülür (21). IUGG derecesi spiral arterlerden geçen bozulmuş kana kiminin düzeyi ile ilgilidir (22). Merz 1275 olguluk gebelik+hipertansiyon serisinde % 5 prematürite, % 23 düşük doğum ağırlığı bulmuştur ve bunun normal popülasyondan iki kat fazla olduğunu göstermiştir (23). Brazy hipertansif annelerin yenidoğanlarında gelişme geriliği, mikrosefali, düşük apgar skoru, patent ductus arteriosus, hipotoni, gastrointestinal hipomotilite, trombositopeni bulmuştur. Tedavi şekli perinatal morbiditede önemli rol oynar (24). Konservatif tedavi yöntemlerinin fetustan çok anneyi koruduğu ileri sürülmektedir. HELLP Sendromunda konservatif tedavi uygulamasının fetus için riskli olduğu gösterilmiştir. Profilaktik olarak kullanılan düşük doz aspirin ve kalسيوم desteği perinatal prognoza olumlu katkıda bulunmaktadır (15,25). Sibai yaptığı bir çalışmada 2. trimestre sonunda konservatif tedavi ile perinatal survivalin yaklaşık 2 kat artmış olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada maternal morbidite yönünden konservatif tedavi grubu ile aktif yaklaşım yapılan grup arasında

Tablo 1. Olguların Sınıflaması

Olgular	n	%
Hafif preeklampsi (HPE)	10	11.5
Ağır preeklampsi	38	44.8
Eklampsi	17	20.0
Geçici hipertansiyon	5	5.9
Kronik hipertansiyon	12	14.2
Kronik hipertansiyon süperimpoze preeklampsi	3	3.6
Toplam	85	100

Tablo 2. Olguların Doğum Şekilleri

Doğum şekli	n	%
Spontan vaginal	59	69
Vakum ekstraksiyon	11	12.5
Makat doğum	3	3.5
C/S	13	15.0

Tablo 3. Olguların Gebelik Haftalarına Göre Dağılımı

Gebelik Haftası	HPE	APE	E	KHT	THT	KHTSP	Toplam
28-32	-	13	6	4	-	-	23
33-37	4	7	4	4	-	-	19
37-	6	18	7	4	5	3	43
Toplam	10	38	17	12	5	3	85

farklılık yoktur (26). Aynı şekilde 28-34 hafta arasında yapılan konservatif tedavide de perinatal prognoz daha iyi olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (27). Bizim serimizde perinatal mortalitemiz % 231'dir. Bu oran Redman'a göre % 166 (28), Chessley'e göre % 214 (29), Sibai'ye göre % 50-225(30) arasında değişmektedir. Doğumun gerçekleştiği hafta da perinatal prognozda önemlidir. Hipertansiyonun 28 gebelik haftasından önce ortaya çıktığında prognoz kötüdür ve biz de son 2 yıl içerisinde 28 gebelik haftası öncesinde karşılaştığımız olgularda gebeliğin sonlandırılması yoluna gittik.

Ülkemizde gebeliğin hipertansif hastalığına bağlı perinatal mortalite hızı % 67-% 434 arasındadır. Diğer ülkelerde ise hafif preeklampside % 50-210, ağır preeklampside ise % 118-375 arasında değişen perinatal mortalite hızları bildirilmiştir (3). Eklampside literatürde bildirilen maternal mortalite % 0,4,13,9 arasında değişmektedir (31,32)- Beyin kanaması, pulmoner ödem, renal, hepatik ve solunum yetmezliği başlıca ölüm nedenleridir. Bizim çalışma grubumuzda da bir hasta intrakranial kanama nedeniyle ex oldu. Gebeliğin hipertansif hastalığında bakım ve tedavi ile prognoz çoğu kez olumlu sonuçlanırken bazen sistemik fonksiyon bozuklukları morbidite oranını arttırmaktadır. Özellikle kardiyopulmoner yetmezlik, renal yetmezlik, pulmoner ödem, plasenta dekolmanı, intrakranial kanama riski bildirilmiştir (3,33,34). Ayrıca preeklampside % 5-15 oranında HELLP Sendromu görülebilir (12,31,35). Biz olgularımızdan 3'ünde (% 3,5) HELLP sendromu, 2'sinde intrakranial kanama l'inde renal yetmezlik ve 4 plasenta dekolmanı gözledik. 3 olguda da HELLP Sendromu olmaksızın trombotopeni saptadık. 24 olguda karaciğer fonksiyon testlerinde çeşitli düzeylerde bozukluk vardı ve bu durum en çok HELLP Sendromu görülen 3 olguda belirgindi.

SONUÇ

Gebelikte en sık görülen medikal komplikasyon olan hipertansiyon maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Yurt dışında antenatal takip, erken tanı ve uygun tedavi sonucu önemli ilerlemeler kaydedilmişse de, ülkemizde bu durum hala önemli bir sorun olarak karşımızdadır. Biz kendi çalışma grubumuzdaki hastalardan özellikle ağır preeklampside ve eklampside gebelerin büyük kısmının hiç antenatal takibi olmadığını gözledik. Sonuç olarak obstetrik teknolojideki tüm gelişmelere rağmen gebeliğin hipertansif hastalığı özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha uzun yıllar maternal ve perinatal mortalite ve morbiditede önemli rol oynayacağına benzemektedir. Ancak eğer elimizdeki olanakları iyi şekilde kullanırsak ve antenatal takibin önemini insanlarımız

anlatabilsek bu konuda önemli gelişmeler sağlayacağımıza inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. **Topozada MK, Danvish E, Baraka t AZT:** Mangement of severe preeclampsia detected in early labor by postoglandin Ai or dihydralazine infusions. American J Obstet Gynecol 164: 1229-1232, 1991.
2. **Şen C, Madazli R, Ocak V:** Gebelikte hipertansiyon/tanım ve sınıflanırma. Perinatoloji Dergisi 1: 7-10, 1993.
3. **Erden AC, Yayla M:** Preeklampsie -eklampsie maternal fetal morbidite-mortalite. Perinatoloji Dergisi. 1: 23-30, 1993.
4. **Cibils LA:** The placenta and newborn infants in hypertensive conditions. Am. J. Obstet. Gynecol. 118: 256, 1974.
5. **Hendrics CH, Brenner WE:** Toxemia of pregnancy, relationship between fetal weight, fetal survival and the maternal state. Am. J. Obstet Gynecol. 109:225,1971.
6. **Cibil LA:** Clinical significans of fetal heart rate patterns during labor. J. Reprod. M. 26: 471, 1981.
7. **Slomba C, Phelan JF:** Pregnancy outcome in the patient with reactive non-stress test and a positive contractxion stress test. Am. J. Obstet. Gynecol. 139: 11, 1981.
8. **Bulut S, Osmanağaoglu T, Ünal O, Unsal M:** Gebelik ve hipertansiyonda perinatal mortalite. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 24: 148-151, 1992.
9. **Finnerty FA, Beblo JF:** Lowering the perinatal mortality and prematurity rate. JAMA 1955: 429, 1966.
10. **SperoffLY:** Toxemia of pregnancy. Am. J. Cardiology. 32: 582, 1973.
11. **Sibai BM:** Management and counselling of patient with preeclampsia remote from term. Clinical Obstet. and Gynecol. 35 (2): 426- 436, 1992.
12. **Sibai BM:** The HELLP Syndrome: Much a do about nothing? Am. J. Obstet. Gynecol. 162: 311,1990.
13. **Sibai BM:** Management of preeclampsia. Clinics in Perinatology. 18% 793-808, 1991.
14. **Zuspan FP:** New concepts in the understanding of hypertensive diseases during pregnancy. Clinics in perinatology. 18: 653-659, 1991.
15. **National high blood pressure education program working group report on high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 163: 1684-1712, 1990.**
16. **Sibai BM:** Immunologic aspects of preeclampsia. Clinical Obstet. and Gynecol. 34 (1): 27-33, 1991.
17. **O'Brein WF:** The prediction of preeclampsia. Clinical Obstet. and Gynecol. 35 (2): 351-364, 1992.
18. **Zeeman GG, Deccer AG:** Pathogenesis of preeclampsia: A hypothesis. Clinical. Obstet and Gynecol 35 (2): 317-337, 1992.
19. **Farmakides G, Schulman G, Schenider E.:** Surveillance of pregnant hypertensive patient with doppler flow velocimetry. Clinical Obstet. and Gynecol. 35 (2): 387-394, 1992.
20. **Freidman JA, Taylor RN, Roberts JM:** Pathophysiology of preeclampsia. Clinics in Perinatology. 18: 661-682,1991.
21. **Lenox JV, Uguru V, Cibils L.:** Effects of hypertension on pregnancy monitoring and results. Am J. Obstet. Gynecol. 163: 1173, 19.
22. **El-Roeny A, Myers AS, Gleicher N:** The relationship between autoantibodies and intrauterin growth retardation in hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 164: 1253-1261, 1991.
23. **Merz R, Said A, Bergstrom S, et al:** Pregnancy associated hypertension. A study on maternal characteristics and perinatal outcome in 1275 consecutive cases. Int. J Gynecol Obstet: 39 (1): 11, 1992.
24. **Brazy JE, Grimm JK, Little VA:** Neonatal manifestations of severe maternal hypertension occurring before the 36th week of pregnancy. J Pediatr. 100 (2): 265, 1982.
25. **Beafils M, Uzan S, Darsimoni R, Colanu JC:** Prevention of preeclampsia by early antiplatelet therapy. Lancet 1: 840, 1985.
26. **Sibai BM, Akl S, Fairlie F, Mareti M:** aprocol for managing severe preeclampsia in second trimester. Am J Obstet Gynecol. 163: 733, 1990.
27. **Odendaal HJ, Pattison RC, Bam R:** Agresive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28-34 weeks gestati on. A randomize controlled trial. Obstet. Gynecol. 76: 1070, 1990.
28. **Redman CW:** Eclampsia still kills. Brit. Med J: 6631: 1209,1988.
29. **Chessley LC, Annitto JE, Cosgnore RA:** Long term follow up study of eclamptic women. Am J Obstet Gynecol. 101: 886, 1968.
30. **Sibai BM, Spinatto JA, Watson DL:** Pregnancy outcome in 303 cases with severe preeclampsia. Obstet Gynecol. 64: 319, 1984.
31. **Sibai BM, Me Cubbin JH, Anderson GD, Lipshitz J:** Eclampsia. Observations from 67 recent cases. Obstet. Gynecol. 58: 609, 1981.
32. **Lopez-Llera MM:** Complicated eclampsia. Fifteen years experience in a referral medical center. Am J. Obstet. Gynecol. 142: 28, 1982.
33. **Bartho JV, Sibai BM:** Acute life threatening emergencies in preeclampsia. Hypertension in pregnancy. Clinical Obstet. Gynecol. 35: 402, 1992.
34. **Sibai BM:** Eclampsia. Maternal-perinatal outcome in 254 consecutive cases. Am J. Obstet. Gynecol. 163: 1049, 1990.
35. **Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazer A et al:** Maternal perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. Am J. Obstet. Gynecol. 155:501,1986.