

KÖ-06 [17:15]**Preeklampsinin tanısı ve yönetimi**

Salih Kavak

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

Preeklampsia multisistemik bir hastalıktır ve normotansif bir kadında, gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyona (HT); proteinüri veya end-organ hasarının eşlik etmesi olarak tanımlanır. Etkilenen kadınların büyük kısmı term veya terme yakın olup, iyi fetomaternal sonuçlar ile doğum yapsa da bu gebelikler maternal ve/veya fetal mortalite ile ciddi morbiditeler açısından artmış risk taşır. Ciddi hipertansiyon ve end-organ hasarının belirti ve bulguları, hastalığın ciddi spektrumu olarak kabul edilir. 2013 yılında ACOG ciddi bulguları olan hastalarda Preeklampsia tanısında, Proteinüriyi temel kriterlerden biri olmaktan çıkarmıştır. Aynı zamanda masif proteinüriyi (5 g/24 saat) ve fetal gelişme geriliğini (İUBK) de ciddi hastalığın muhtemel özellikleri olmaktan çıkarmıştır. Çünkü masif proteinürinin fetomaternal sonuçlarla ilişkisi zayıftır ve fetal gelişme kısıtlılığı da benzer şekilde preeklampsinin mevcut olup olmamasından bağımsız olarak takip edilir. Aynı guidelinelerde oligüri de ciddi hastalığın bir bulgusu olmaktan çıkarılmıştır.

Kronik HT'na süperimpoze preeklampsia

Süperimpoze preeklampsia 20. gebelik haftasından sonra kronik veya önceden HT'ü olan hastada, proteinürinin veya end-organ hasarının ortaya çıkması olarak tanımlanır. Önceden veya erken gebelik döneminde proteinürisi olan kronik HT'ü olan kadınlarda süperimpoze preeklampsia tanısı, özellikle gebeliğin 2. yarısında kötüleşen HT veya dirençli HT (özellikle akut olan) veya ciddi hastalık bulgu ve belirtilerin ortaya çıkmasıyla konur.

Prevalans

Preeklampsinin tüm dünyadaki gebelerin %4.6'sında görüldüğü tahmin edilmektedir. Prevalanstaki varyasyon kısmen de olsa toplumdaki anne yaşı dağılımından ve primipar kadınların topluma olan oranından kaynaklanır. ABD'de preeklampsia prevalansı %3.4'dür ancak ilk gebeliklerde bu oran 1.5-2 kat daha fazladır. Geç ortaya çıkan hastalık ($\geq 34W$), erken başlayan hastalıktan ($34W$ altı) daha yagındır. (popülasyon tabanlı bir çalışmada bu oran sırasıyla 2.7 ve 0.3 olarak bulunmuştur.

Preeklampsia tanısı

Ulusal guidelineler, önceden normotansif olan bir kadında gebeliğin 20. haftasından sonra başlayan HT'a proteinürinin veya end-organ hasarının eşlik etmesini preeklampsia tanısını koyarken gerekli olduğu konusunda anlaşmışlardır. Tanı için gerekli kriterler;

1. Sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg veya diastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması

2. 24 saatlik idrar örneğinde proteinürinin ≥ 0.3 gr veya protein/creatinin ≥ 0.3 veya end-organ hasar bulgularının izlenmesi (Platelet sayısı < 100.000 / μ l, serum kreatinin > 1.1 mg/dl. veya serum kreatinin 2'ye katlanması, serum AST ve ALT'nin normalin 2 katına çıkması).

Ciddi HT ve end organ hasarının belirti ve bulguları; ciddi hastalık olarak kabul edilir. Proteinürinin ilk değerlendirmesi taze, temiz orta akım idrar örneğine dipstick batırılmasıyla konur. $\geq +1$ proteinüri tespit edildiğinde, 24 saatlik idrar toplanarak veya protein/cre. oranına bakılarak kantitatif değerlendirme yapılmalıdır. Hafifçe artmış kan basıncı 4 saat aralıkla yapılan en az 2 ölçümle dokümente edilmelidir; hafif HT'ü olan asemptomatik hastalar 3 veya 7 gün içerisinde tekrar değerlendirilmelidir.

Eğer Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg veya diastolik basıncı ≥ 110 mmHg ise dakikalar içerisinde konfirme edilmesi yeterlidir (Obstetrik acil durum olarak kabul edilir).

Kronik/önceden mevcut HT'ü olan proteinürinin eşlik ettiği hastalarda süperimpoze preeklampsia tanısının net olarak konulması zordur. Fakat gebeliğin 2. yarısında HT'da özellikle akut olarak belirgin kötüleşme olduğunda veya ciddi hastalık belirti ve bulguları eşlik ettiğinde şüphelenilmelidir.

Kadınları preeklampsia varlığı açısından değerlendirirken gebelikte yeni başlamış HT'ü, tüm tanı kriterleri mevcut olmasa ve kan basıncı sadece hafifçe yükselse bile, Preeklampsia olarak kabul etmek güvenli bir yaklaşımdır. Çünkü preeklampsia kısa zaman periyodu içinde eklampsiye veya hastalığın diğer ciddi formlarına ilerleyebilir. Preeklampsia kriterlerine uymayan kan basıncında hafif artışların olduğu gebelerde gestasyonel HT vardır. Bunlar yakın takip edilmelidir, çünkü %25'inde preeklampsia gelişecektir.

Tanı sonrası değerlendirme

Tanı sonrası değerlendirmenin amacı hastalığın ciddiyetini belirlemek ve anne ve fetusun iyilik halini ortaya koymaktır. Gebelik yaşı ile bu bulgular preeklampsinin yönetimine rehberlik eder. Aşağıdaki bulgulardan herhangi birinin varlığında preeklampsiaye ciddi bulguların eşlik ettiğini söyleyebiliriz;

1. Ciddi HT (≥ 160 mmHg Sistolik veya ≥ 110 mmHg Diastolik TA)
2. End organ hasarı belirti ve bulguları (Trombositopeni, bozulmuş KC fonksiyonu, ilerlemiş renal yetmezlik, AC ödem, yeni başlangıçlı serebral veya vizüel bozukluklar)

Bundan dolayı hastanın hikaye ve fizik muayenesinde şunlar değerlendirilmelidir;

1. Persiste ve/veya ciddi başağrısı
2. Görme anomalileri (Skotom, fotofili, bulanık görme, geçici körlük)
3. Üst abdominal veya epigastrik ağrı
4. Bulantı kusma

5. Dispne
6. Değişmiş mental durum

Tanı sonrası minimum laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri şunları içermelidir;

- Trombosit sayımı
- Serum cre.
- AST, ALT
- Osbetrük USG (Fetal biyometri, AMV)
- Fetal değerlendirme (BPP veya NST)

Tanıda bilgi verebilecek diğer testler; LDH, bilirubin ve periferik yaymadır. Preeklampside hemokonsantrasyon olur, ancak hemoliz varsa Htc.'i normal veya anemik seviyelere çekebilir.

Koagülasyon testleri (Protrombin zamanı, aPTT, fibrinojen) trombositopeni veya KC fonksiyon bozukluğu olmayanlarda genelde normal olup bakılmamalıdır.

Preeklampsi hastasının yönetimi

Preeklamps; spektrumu hafiften şiddetliye uzanan progresif multisistem hastalığıdır. Şiddetli preeklampsiye geçiş yavaş ve ya hızlı olabilir. Doğum ile hastalığın semptom ve bulgularında düzelme olur. Rutin prenatal bakımın anahtar noktalarından biri de, gebelerde preeklampsinin semptom ve bulgularını araştırmaktır. Tanı konulduktan sonra doğum yaptırılması, hastalığın ilerlemesinin getireceği olumsuz maternal ve fetal sonuçları önler. Ancak doğumun başlatılması gebelik haftası, hastalığın şiddeti, maternal ve fetal duruma bağlıdır.

≥37 W gebeliği olanlar doğurtulmalıdır. Ancak termden önce, preterm doğum riski ile progresif hastalığın getireceği ciddi sekel riski arasında denge kurulmalıdır.

Hangi gebelik haftasında olursa olsun, ciddi maternal end-organ disfonksiyonu olan ya da fetal iyilik hali testleri güven vermeyen olgularda gebelik termine edilmelidir. Öte yandan anne ve fetus stabil olduğunda ve ciddi end-organ disfonksiyonu bulunmadığında, hastalığın progresyonunu gösteren bulgular yakın takip edilip yapılacak bir konservatif yaklaşım fetal büyüme ve matüriteyi arttırması açısından önemlidir.

Hastalığın ciddiyetine bağlı yaklaşım

Şiddetli hastalık bulgularına sahip preeklamps (Ağır Preeklamps); Aşağıdaki durumlarda şiddetli preeklamps varlığı nedeniyle doğum yaptırılmalıdır;

- Fetal viabilite öncesi (<24W)
- ≥34W
- Gestasyonel yaştan bağımsız olarak Maternal ve Fetal durum instabil ise

Doğum ciddi maternal ve fetal komplikasyonların (serebral kanama, KC rüptürü, renal yetmezlik, pulmoner ödem, nöbet, trombositopeniye bağlı kanama, İUBK, plasenta dekolmanı) gelişim riskini minimize eder. Yukarıdaki durumlardan İUBK dışındaki herhangi biri, ağır preeklampsili hastada ani-

den ortaya çıkabilir. Viabiliteden sonra ve 34. haftadan önce anne ve fetus stabil ise 3. basamak bir merkezde veya maternal fetal tıpla ilgilenen bir uzmandan konsültasyon alınarak gebeliği uzatmak Preterm doğuma bağlı morbiditeyi azaltır. Gözlemsel data'lara göre, şiddetli Preeklampside doğumu hızlandırmak için sezaryen yaptırılması zorunlu değildir. Cx uygun değilse olgunlaştırıcı ajanlar kullanılabilir. Bununla birlikte uzamış indüksiyonun ve başarı ihtimalinin düşük olduğu indüksiyonlardan kaçınılmalıdır.

32 haftanın altındaki, düşük Bishop skorlu şiddetli Preeklamps bulguları olan hastalarda, Cx'in sıklıkla dilate olmaması ve fetal kalp atım trasesinin istenilen düzeyde güven vermemesi nedeniyle sezaryen ile doğum mantıklı olabilir. Bu durumda preterm indüksiyonların 1/3'den azı vaginal yolla doğum yapar.

Ağır preeklamps bulguları olmayan olgularda ise uzmanlar ≥37 hafta ise doğumu önerirler. (Önceden hafif preeklamps olarak adlandırılan olgular dahil) Cx'in uygun olmadığı durumlarda, Cx olgunlaştırıcı ajanlar kullanılmalıdır.

≥37 W'dan sonra indüksiyonun faydaları, multisenter (HYPI-TAT) çalışmasında gösterilmiştir. Bu çalışma hafif Preeklamps veya gestasyonel HT'lu ≥36W olan 756 gebeyi randomize etmiş, bir grubu indüklemiş diğer grubu da monitorize ederek izlemiştir. Rutin indüksiyon olumsuz maternal sonuçları önemli ölçüde azaltmış, indüklenmiş grup ortalama 1.2 hafta daha erken doğurmuştur ve ciddi şekilde düşük sezaryen oranlarına sahiptir. (%14'e karşı %19). Neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Çalışmanın ekonomik analizi indüksiyonun maliyetinin daha az olduğunu da göstermiştir. Diğer bir çalışmada uygunsuz Cx'in indüksiyondan kaçınmak için bir neden olmadığını göstermiştir.

Ciddi preeklamps bulguları olmayan, anne ve fetusun stabil olduğu 34–36W gebeliği olan olgularda optimum yaklaşım net değildir. Ekspektan yönetimle ciddi maternal riskler olsa da biz tamamen bilgilendirilmiş hastalarda ekspektan yönetimin mantıklı olduğunu düşünüyoruz. Çünkü bunlarda olumsuz sonuçlara bağlı maternal risk düşüktür ve termde doğumla oluşacak neonatal kazanımlara ulaşılmış olunur. HYPITAT 2 çalışmasının sonuçları ve gözlemsel çalışmalar, geç ortaya çıkan hastalığa sahip birçok gebenin olumsuz maternal sonuçlar (tromboembolik hastalık, pulmoner ödem, eklampsi, HELLP, ablasyo plasenta, maternal ölüm) oluşmadan termde ulaştığını göstermiştir. Bu çalışmada ciddi preeklamps bulguları olmayan gebeler randomize edilmiş ve hemen doğurtulan 165 hastanın ikisinde görülen olumsuz sonuçlar (%1.2) ekspektan yaklaşım izlenen 159 hastanın 4'ünde (%2.5) ortaya çıkmıştır. Çalışmanın sonunda maternal ölüm ve pulmoner ödem oluşmamıştır. Yenidoğanlar uterusu geçen ekstra zamandan olumlu etkilenmişlerdir. RDS hemen doğurtulan grupta %5.7 oranında izlenirken, ekspektan grupta %1.7 oranında izlenmiştir. Ekspektan yönetilen hastalarda hastalar, 37. haftada veya preeklampsinin ciddi bulgularını gösterdiğinde veya eklampsi geliştiğinde doğurtulmuşlardır.

34. haftadan önce ciddi hastalık bulguları olmayan preeklampsili gebelerde, guidelinelar prematüritenin olumsuz etkilerinden korunmak için ekspektan yönetimi önerir.

Ciddi Preeklampsisi bulgusu olmayan gebelerde expectan antepartum yönetim; Bu gebeler Preterm (<37 W) ise yakın maternal ve fetal monitorizasyon eşliğinde antihipertansif tedavi almadan takip edilir (hastanede veya evde).

Preeklampsisi tanısı alan gebeler yakın takip edilmelidir. Hastaneye kabul, bu değerlendirmeleri yapmak ve hızlı ilerleyen hastalık varlığında hızlı müdahale açısından önemlidir. Başlangıç değerlendirmeden sonra ciddi preeklampsisi olmayan stabil hastalar hastane dışındaki bakım cost efektif bir yaklaşımdır.

Hastane dışı bakım evde veya antenatal gündüz bakım evlerinde verilebilir. Preeklampsi kadınların hastane dışındaki takiplerinin sonuçlarıyla ilgili bilgiler sınırlıdır. Randomize bir çalışma olumlu sonuçlardan bahseder ancak hasta sayısı sınırlıdır. 504 hastayı kapsayan bir metaanalizde hastanede yatış ile gündüz bakım evlerinde takip arasında klinik sonuçlar açısından major fark tespit edilmemiştir. Hastane dışı izlem yapılacaksa gebe sık takibe uyum göstermelidir ve medikal bakım alacağı merkeze hızla ulaşabilmelidir. Aktivite kısıtlaması önerilebilir çünkü dinlenen hastalarda kan basıncı daha düşüktür, bununla birlikte yatak istirahatinin gebelik sonuçlarını düzelttiği ve hastalığın progresyonunu düzelttiğine dair kanıt yoktur. Sol lateral dekübit pozisyonu kanlanmayı arttırdığından önerilmektedir. Sırt üstü yatmaktan kaçınılmalıdır.

Hastalığın progresyonunun belirti ve bulguları tespit edildiğinde, yakın monitorizasyon için hastaneye yatırılmalıdır. Hastane dışında takip edilen hastalar bulgular hakkında bilgilendirilmeli ve fetal hareket takibi yaptırılmalıdır. Ciddi baş ağrısı, görme bulanıklığı, nefes darlığı, epigastrik ağrı olması halinde hastaneye başvurulmalıdır. Azalmış fetal hareket, kanama, karın ağrısı, su gelmesi durumunda yine aynı yolu izlemelidir.

Laboratuvar takibi

Trombosit sayısı, serum kreatinin ve KC enzim testleri bazal testlerdir. Bu değerler ciddi bulgu göstermeyen olgularda haftada bir kez istenmelidir. Semptom ve bulguların kötüleştiği gebelerde test istem sıklığı artırılır. Diğer testler hastalığı tanımlamada daha az değerlidir. Örneğin artan Htc. intravasküler volüm azalmasını, daha ciddi hastalık boyutuna geçildiğini düşündürürken, azalan Htc.; hemoliz bulgusudur. İndirek bilirubin artışı hemolizi daha hassas olarak gösterir. Artan LDH düzeyleri HELLP sendromu ya da ciddi hastalık için belirteçlerdir. Hemoliz periferik yaymada şistositlerin, helmet hücrelerinin gösterilmesiyle de ortaya konabilir. Pek çok çalışma proteinürinin artış hızı ve artış miktarının maternal ve fetal sonuçlara etki etmediğini göstermiştir. Bu nedenle 24 saatlik idrarda bir kez 300 mg. veya daha fazla protein, tespit edilmişse ya da protein/cre. oranı ≥ 0.3 mg/dl ise, tekrarlayan 24 saatlik proteinüri ölçümlerine gerek yoktur. Renal fonksiyonları izlem için serum kreatinin ölçümü yeterlidir.

Hipertansiyon tedavisi

Kan basıncı en azından haftada 2 kez ölçülmelidir. Hafif hipertansiyonu kontrol için antihipertansif ilaç alımı, hastalığın gidişatını etkilemez, perinatal morbiditeyi azaltmaz, bu nedenle kullanımından kaçınılmalıdır. Diyetle sodyum kısıtlaması veya diüretik kullanımının rutin tedavide yeri yoktur. İntravasküler volüm azalsa da, plazma genişleticilerin fetal ve maternal sonuçları iyileştirdiği randomize çalışmalarda gösterilememiştir.

Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi

Fetal biyofizik monitorizasyonun optimal bir yolu veya sıklığı yoktur. Yine de önerilen günlük fetal hareket takibi ve haftada iki kez AMV ile NST değerlendirmesidir (BPP'de kullanılabilir). Anne sağlığında ani değişim olursa testler hızla tekrarlanmalıdır.

Umbilikal arter doppler incelemesi özellikle doğum zamanlaması açısından faydalı olabilir. 16 randomize çalışmanın meta-analizinde preeklampsisi ve/veya IUBK ile komplike olmuş gebeliklerde umbilikal arter doppler kullanımı ile perinatal ölümler %29 azaltılmıştır. Doppler değerlendirmesi normal olan olgularda haftalık inceleme uygundur.

Fetal büyümenin değerlendirilmesi

Erken fetal büyüme kısıtlılığı, preeklampsinin ilk işareti olabilir. Preeklampsisi tanısı esnasında, AMV ve fetal büyüme değerlendirilmelidir. İlk değerlendirme normal ise, fetal büyüme açısından bir sonraki değerlendirme 3 hafta sonradır.

Antenatal steroidler

Preeklampsisi fetal akciğer gelişimini olumlu etkilese de, preeklampsi annelerden doğan prematüre bebeklerde en yaygın sorun RDS'dir. Antenatal steroid uygulaması yine 34. haftanın altındaki fetuslara önerilmektedir. Çünkü bu haftalarda ciddi hastalık gelişme ve buna bağlı erken doğum riski yüksektir.

KÖ-07 [17:55]

Plasenta yapışma anomalilerinde postpartum kanama ve histerektomi nasıl önlenir?

Ahmet Yalınkaya

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Plasental implantasyon anomalileri (PIA)

Tanım: plasentanın endometriumun bazal tabakasını geçmesi, miyometriuma yapışması ve hatta tüm uterus tabakalarını geçip komşu organlara yapışmasıdır. Genel olarak plasenta akreta olarak adlandırılır ve invazyonun derinliğine göre 3 tip plasental yapışma anomalisi mevcuttur. Plasental yapışma anomalilerinin tipleri ve görülme sıklığı:

- Plasenta akreta %75
- Plasenta inkreta %15
- Plasenta perkreta %5 oranında görülmektedir.