

GEBELİK VE HİPERTANSİYONDA KLİNİK YÖNETİM

C. ŞEN, H. MUTLU

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Gebelikte hipertansiyon kronik hipertansiyon ve gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon olmak üzere iki olgu grubu olarak ele alınmaktadır.

Gebelikte, esansiyel hipertansiyon, böbrek veya diğer patolojilere bağlı olarak gelişen kronik hipertansiyonda klinik uygulama, gebelikten önce olduğu gibi mevcut patoloji ve hipertansiyonun kontrol altında tutulması şeklindedir. Kronik hipertansiyonlu hastalarda gebe olmadığı dönemde uygulanan sıkı diyet, tuz kısıtlaması ve eksersiz uygulamaları gebelikte tavsiye edilmez. Gebelikten önce de antihipertansif kullanımı gerektiren yada diet ve istirahat ile kontrol altında olan, ancak gebelikte kan basıncında artma meydana gelen olgularda, kan basıncında ani ya da sürekli artış, kronik hipertansiyona ya da üzerine eklenen preeklampsie bağlı gelişebilir. Kan basıncında bir artış, gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon olarak ele alınıp tetkik edilemez ve ayrımcı tanıya gidilmelidir. Kronik hipertansiyona preeklampsinin eklendiği olgularda, yani gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyonda, perinatal mortalite ve intrauterin gelişme geriliği belirgin olarak artmaktadır. Kronik hipertansiyon olguları gebelik hipertansiyonu yada hafif preeklampsie takip kriterleri çerçevesinde izlenmelidir. Maternal takipte; serum kreatinin, ürik asit, proteinüri, hemoglobin seviyeleri aylık muayenelerde kontrol edilmelidir. Fetus sağlığı açısından; fetal gelişim, fetal hareketlerinin izlenmesi, nonstress test (NST), uterin ve fetal dolaşım için dopler tetkikinin uygun zaman ve aralıklarla yapılması gereklidir. Akut hipertansiyon hecmeleri olmadıkça ya da gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyona dönmeye dönüşmediği sürece hastaneye yatırma gereği olmaz. Kronik hipertansiyonda hipertansiyonun kontrol altında tutulması; fetus sağlığını risk altına sokmadan, tansiyon yükselmesinin anneye getireceği riskleri minimumda tutmaya yönelik olmalıdır. Kronik hipertansiyon olgularında amaç, gebeyi ağır hipertansiyonun kardiyovasküler komplikasyonlarından ve eğer mümkünse preeklampsiden korumaktır.

Gebelik hipertansiyonu gebelikten evvel hipertansiyonu olmayan, retinopati ya da nefropati saptanmayan, proteinüri olmayan ve gebelikte hipertansiyon gelişen olguları içermektedir. Bu grupta perinatal mortalite ve morbidite normotensif olgulardan farklılık göstermez. Gebelik hipertansiyonu, gebeliğin ileri evrelerinde hafif ya da ağır preeklampsie dönüşebilir. Bu nedenle yakın izleme altında tutulmalıdır. Bu hastaların hastaneye yatırılmalarının, sonuca herhangi bir etkisi yoktur. Kan basıncı değerlerinde artma ya da testlerde patoloji geliştiğinde, gebe hastaneye yatırılmalı ve tetkik edilmelidir. Dikkat edilecek olan husus, gebenin bir üst gruba geçip geçmediğidir. Gebelik hipertansiyonu olarak devam ettiği sürece terme kadar beklenir. Fetusta IUGR veya oligohidramnios gelişirse, gebelik bu patolojilere göre yönlendirilir. Ancak terme kadar doğurmayan olgularda, serviks olgunlaştırıldıktan sonra indüksiyon ile doğum sağlanır.

Hafif preeklampsie gebelik hipertansiyonuna proteinürinin eklendiği (0.3 gr/lt-5 gr/l) olgulardır. Başlangıçta hastaneye yatırılmalı, kan basıncı ve laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Proteinürinin 3 gr/lt veya daha da artması, ağır preeklampsie gidişin bir göstergesi olarak alınmalıdır. Hafif preeklampside hospitalizasyonun yararlı olduğuna dair görüşler mevcuttur. Ancak hastanın kendi ortamında yatak istirahatının sağlanması ile elde edilen sonuçlarla aynıdır. Hafif preeklampsie kliniğimizde uygulamamız; hospitalize edilmeden hastanın evde günlük aktivitelerinin kısıtlanmayan yatak istirahatının sağlanması, aşırı kilo alma ve aşırı tuz kullanımından kaçınmak kaydı ile tuz ve diyet kısıtlanmaması, antihipertansif kullanılmaması ve 1-2 hafta aralıklarla, klinik ve laboratuvar takibi şeklindedir. Gerek fetal hareketlerin izlenmesi gerekse ultrasonografik izleme (IUGR ve oligohidramnios), NST ve dopler testleri ile fetus sağlığı hakkında fikir sahibi olunabilir. Ağır preeklampsie ya da IUGR veya oligohidramnios gelişmediği sürece, hafif preeklampsie de terme kadar beklenir. Oligohidramnios ya da IUGR geliştiğinde, doğum zamanı ve şekline, bu patolojilerin gerektirdiği çerçevede karar verilmelidir. Terme kadar ulaşan olgularda ise indüksiyon ile vaginal doğum sağlanır.

Ağır preeklampsie maternal-fetal morbidite ve mortalite belirgin ölçüde artmıştır. Ağır preeklampsie geliştiğinde, fizyopatoloji sistemik hale gelmiştir. Bu nedenlerden dolayı anne ve fetus ciddi risk altındadır. Aynı şekilde gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon ve eklampsie olgularında da maternal ve fetal riskler, ağır preeklampsie ile aynı ölçüde artmıştır. Kronik hipertansiyona preeklampsinin eklenmesi ile kan basıncının artması yanında diğer laboratuvar bulgularında da bozulma görülür ve fizyopatoloji süratle ve ağır şekilde tabloya hakim olur. Ağır preeklampsie, gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon ve eklampsie, birlikte ağır gruba oluştururlar ve aynı klinik, laboratuvar takibe ve yönetime sahiptirler. Ağır olgularda, fetal ya da neonatal komplikasyonlar, daha ziyade IUGR ve prematüredir. Ancak anne de aynı ölçüde ciddi morbidite ve mortaliteye sahiptir. Uygulanacak olan tedavi ya da yaklaşımda, önce annenin ve daha sonra fetusun sağlığını gözönünde bulundurulmalıdır. Ağır olgularda uygulanacak tek tedavi, doğumun sağlanmasıdır. Preeklampsieyi oluşturan fizyopatoloji artık sistemik bozukluklara yol açacak ölçüde ilerlemiştir, fetus süregelen bu patolojiden etkilenmiştir ve suboptimal koşullardadır. Dolayısıyla gebeliğin daha fazla devam et-

mesinin fetusa bir katkısı yoktur. Bu nedenlerden dolayı; ağır preeklampsi gebeliğin ağırlaştığı kronik hipertansiyon ya da eklampsi olgularında, anne ve fetus açısından en uygun çözüm doğumun sağlanmasıdır. Ağır preeklampsi tanısı alan olgular, hospitalize edilerek izlenmelidir. Fizyopatolojinin ağırlaştığı olgularda, trombositopeni, karaciğer enzimlerinde yükselme ve hemoliz (HELLP sendromu) gözlenebilir. Kan basıncında ani artışlar olduğunda ya da antihipertansife rağmen diastolik kan basıncının 110 mmHg'nin altına inmemesi ve buna serebral ya da görme bozukluklarının eklenmesi, konvulziyon habercisi olarak kabul edilmeli ve magnezyum sülfat tedavisine alınmalıdır. Bu tedbirlerle düzelme elde edilemezse, anne ve fetus ciddi risk altındadır ve doğum süratle sağlanmalıdır. Serviksin yeterli olgunlukta olmaması, dekolman ve fetal distress riski nedeniyle genelde tercih edilen doğum yöntemi sezaryendir.

HELLP sendromu, henoliz, karaciğer enzimlerinde artma ve trombositopeni bulguları ile tarif edilen bir sendromdur. Sıklığı % 2 ile 12 arasında bildirilmektedir. Erken dönemde ortaya çıkan preeklampsi olgularında daha sık gözlenir. HELLP sendromu saptandığında fizyopatolojinin ağır seyrettiğinin bir bulgusu olarak ele alınmalı ve doğum sağlanmalıdır.

Ağır preeklampsi, gebeliğin ağırlaştırdığı hipertansiyon ve eklampsi olgularında doğumu takiben 12-24 saat yakın izleme altında tutulmalıdır. Özellikle HELLP sendromu gözlenen olgular, yoğun bakım şartlarında tutulmalıdır. Yakın izleme altında tutulan olgularda morbidite ve mortalite minimuma indirilebilmektedir. Klinik semptomlar ilk 24 saat içinde süratle geriler. Hipertansiyonun devam ettiği durumlarda antihipertansif kullanımına devam etmek gerekebilir. Eğer 6 hafta geçtiği halde hipertansiyon devam ediyorsa, hipertansiyonun nedeni detaylı olarak araştırılmalıdır.

INTRAUTERİN GELİŞME GERİLİĞİ (SMALL FOR GESTATIONAL AGE: SGA) KLİNİK DEĞERLENDİRME

Ahmet ARVAS, Emel TAŞDELEN, Nazmi ATAÖĞLU

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Yenidoğan Ünitesi

Perinatal mortalite ve postnatal morbiditenin önemli nedenleri arasında intrauterin gelişme geriliği de yer alır. Düşük doğum tartılı bebeklerin üçte birini, tüm canlı doğan bebeklerin ise % 3-10'unu oluşturur. Gelişme geriliğine; anne yaşı, boyu, tartısı, paritesi, sık gebelik, çoğul gebelik, etnik, irksal ve genetik nedenler gibi fizyolojik faktörlerin yanı sıra, kronik renal, pulmoner hastalıklar, hipertansiyon, preeklampsi, sigara, ilaçlar gibi anneye ait, intrauterin enfeksiyon, konjenital anomaliler, kromozom anomalileri, metabolik ve endokrin hastalıklar gibi fetusa ait patolojik faktörler yol açar. Erken gebelik dönemlerinde gelişme geriliğine yol açan olaylar genellikle fetusun baş, boy ve ağırlığında oransal değişiklik yapmazken (simetrik SGA'lık bebek), son trimestr olayları baş ve boydan çok vücut ağırlığında azalmaya (asimetrik SGA'lı bebek) neden olur. Fetal dönemde klinik, biyofiziksel ve biyokimyasal değerlendirmelerin yanısıra seri ultrasonografik izlem, fetusun gelişimini olumsuz etkileyen faktörleri ve fetusun durumunu saptayarak, SGA'lı bebeğin en uygun zaman ve şartlarda doğumunu sağlayacaktır. İntrapartum asfiksi olasılığı yüksek bebeğin doğum sırasında resusitasyonu önem kazanır. Ayrıca hipotermi, hipoglisemi, polistemi, mekonyum aspirasyonu, pulmoner ve intraventriküler hemoraji, persistan fetal sirkülasyon ve enfeksiyon SGA'lı bebekte karşılaşılan olumsuz bulgulardır. Asimetrik SGA'lı bebek sıklıkla ilk altı ay içerisinde normal ağırlığına ulaşırken, simetrik SGA'lı bebekte ağırlık sıklıkla geri kalır, bazı norolojik ve davranış bozuklukları görülebilir.