

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, ırksal 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.