

Son Dönem Renal Yetersizlikte Gebelik: Bir Dializ Vakası

Gülseri GERÇEL, Gonca İMİR, Alin BAŞGÜL, Orhan ÜNAL, Nejat CEYHAN, Sakıp PEKİN
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi-İSTANBUL

ÖZET

SON DÖNEM RENAL YETERSİZLİKTE GEBELİK: BİR DİALİZ VAKASI

Son dönem renal yetersizlikte gebelik, anne ve bebek için riskli, multidisipliner yaklaşım, yakın takip ve yoğun tedavi gerektiren bir durumdur. Hemodializ sırasında akut sıvı hacmi değişimi, komplikasyonlara yol açabilmektedir. Periton dializinin gebe hastalarda, hemodialize göre avantajları olabilir. Bununla birlikte hipertansiyon, anemi, enfeksiyon, preeklampsi, ablato plasenta, fetal sıkıntı ve gelişme geriliği gibi sorunlara sıklıkla rastlanmaktadır. Transplantasyon sonrasında ise 2 yıllık stabil dönem sonrasında obstetrik sonuçlar genellikle daha başarılıdır. Bu makalede ağır kronik böbrek yetersizliği nedeniyle 32. gebelik haftasında dializ tedavisine alınan bir hastanın takip ve tedavisi ile başarılı obstetrik sonucu sunulmaktadır. Son dönem renal yetersizlikte gebelik, literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: dializ, gebelik, renal yetersizlik.

SUMMARY

PREGNANCY IN END STAGE RENAL FAILURE: A CASE MANAGED WITH HEMODIALYSIS

Management of pregnancy in end stage renal disease requires multi-disciplinary approach, close monitoring and aggressive therapy to minimize inherent maternal and fetal risks. Acute fluid volume shifts during hemodialysis are suspected to be one of the reasons for complications. Peritoneal dialysis might have advantages over hemodialysis in pregnant women. Hypertension, anemia, infection, preeclampsia, placental abruption, fetal distress and growth retardation are frequent. After transplantation, obstetric outcome is usually better. In this article, a pregnant patient with severe chronic renal failure who was managed successfully with hemodialysis at 32. gestational week and delivered of a liveborn infant, is presented. End stage renal disease and obstetric outcome are discussed according to literature.

Key Words: Dialysis, pregnancy, renal failure.

Renal yetersizlik ve son dönem renal hastalıkta gebelik ender olmakla birlikte, görülebilir. Bu nedenle gebe kalmak istemeyen ya da gebelik önerilmeyen hastalara kontracepsiyon uygulanmalıdır. Gebelikte dializ yapılan kadınlarda riskler, etkin kan basıncı kontrolü, zamanında tanı ve kanama dönemlerinin tedavisi ile azaltılabilir. Bununla birlikte bu hastalarda ciddi komplikasyonlar her zaman önlenememektedir. Kan kimyasını normal sınırlara yakın tutabilmek için yoğun dializ uygulaması gereklidir (1). Bu makalede son dönem renal yetersizlik bulunan bir gebeye yaklaşım ve tedavi özetlenmiştir.

OLGU SUNUMU

28 yaşında, 32 haftalık gebe olan multipar hasta hipertansiyon ve anemi nedeniyle hastanemize sevk edildi. Arteriyel kan basıncı 180/120 mmHg olarak saptandı. Obstetrik ultrasound tetkikinde fetus parametreleri haftası ile uyumlu, non-stress test sonucu reaktifti. Hospitalize edilen hastanın kan incelemesi sonuçları şöyledi: Hb 7.8 g/dl, Htc %23.1, lökosit 11500 /I,

trombosit 218×10^3 /mm, potasyum 5.3 mmol/L, klor 105 mmol/L, kalsiyum 7.1 mg/dl, fosfor 5.6 mmol/L, ürik asit 11.3 mmol/L, BUN 133 mg/dl, kreatinin 93 mg/dl, glukoz 87 mg/dl, GOT 10 U/L, GPT 20 U/L, albumin 2.9 mg/dl, total protein 7.3 mg/dl, globulin 4.4 mg/dl, PT 12.5", PTT 54.5". Hasta fluvastatin sodyum 40 mg/gün, alfa metildopa 2x250 mg/gün, CaCo3 3x1 gr, calcitriol 0.25 mcg/gün ve ferro fumarat kullanmaktaydı. Haftada 2 kez 4000 ünite erythropoietin s.c. uygulandı ve 40 gr proteinli, tuzsuz diette olduğu öğrenildi.

Konsültasyon sonrasında kronik böbrek yetersizliği tanısıyla Nefroloji Bilim Dalı tarafından hastaya acil olarak femoral kateter yerleştirilerek hemodialize başlandı. 2 seans hemodializ yapılan hastaya, kronik böbrek yetersizliğine sekonder anemisi nedeniyle 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Ayrıca fetusun akciğer matüritesini hızlandırmak amacıyla anneye 2x12 mg betametazone İ.M. uygulandı. Fetus günde 3 kez non-stress test ile izlendi. Dializ başlangıcından 2 gün sonra non-stress test sonuçlarının nonreaktif hale gelmesi nedeniyle hastaya spinal anestezi altında Sezaryen operasyonu yapılarak 1660 gr ağırlığında, 9/10 Apgarlı sağlıklı bir kız bebek doğurtuldu ve yenidoğan yo-

ğün bakım ünitesinde takibe alındı. Postoperatif dönemde yeniden hemodialize alınmak istenen hasta öneriyi kabul etmeyerek 2. gün kendi isteğiyle takipten çıktı. 6 hafta sonra tekrar kontrole gelen hasta kronik böbrek yetersizliği bulgularının sürmesi nedeniyle kronik hemodializ hastası izlem ve tedavi protokolüne alındı. Bebek ise bu dönemde 2000 gr ve sağlıklı bulundu.

TARTIŞMA

Ağır renal fonksiyon bozukluklarına genellikle infertilite de eşlik eder. Ancak kronik hemodializ veya peritoneal dializ sonrasında, fertilite geri dönebilmektedir. Hou (2), kronik hemodializ uygulanan 37 gebe hastada, vakaların yarısında hipertansiyon, 4 tanesinde ablatio plasenta bildirmiş, bu şekildeki gebeliklerin sadece 1/4'ünde canlı doğum meydana gelmiş ve bunların da yansı preterm eylem, preeklampsi, ablatio plasenta, erken membran rüptürü, fetal sorunlar veya büyüme geriliği nedeniyle 36. haftadan önce doğurtulmuştur. Aynı araştırmacı daha sonra çeşitli dializ ünitelerindeki 60 gebe hasta üzerindeki çalışmasında %40-50 oranında canlı doğum bildirmiş ve gebelik sonucunun dializ şekline veya eritropoietin kullanımına bağlı olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada spontan abortus oranı ise %40 olarak bildirilmektedir (3).

Elliot ve arkadaşları, çeşitli derecelerde renal yetersizlik görülen ve kronik ambulator peritoneal dializ uygulanan 7 gebede, ablatio plasentaya bağlı 2 fetal ölüm bildirmişlerdir. Diğer 5 bebek canlı doğurtulmuş ancak bu gebeliklerde ağır hipertansiyon, fetal sıkıntı ve gelişme geriliğine sık olarak rastlanmıştır. Bu nedenle bebeklerin tümü prematüre olarak Sezaryen operasyonu ile doğurtulmuştur.

Jakobi ve arkadaşları (5) ise 34. haftada peritonit nedeniyle eyleme giren bir gebeyi izlemişler ve canlı bebek doğurtmuşlardır.

Bu araştırmacıların tümü, gebelikte dializ sıklığını artırmak gerektiğini vurgulamışlar, ancak buna rağmen fetal yaşam şansının artıp artmadığı konusunda kararsız kalmışlardır.

Hemodializ sırasında oluşan akut sıvı volümü değişiklikleri, prosedür sırasında meydana gelen yüksek komplikasyon oranlarını açıklayabilir. Ancak Jacobi et al (6), gebelikte akut hemodializ sırasında yaptıkları uteroplasental ve fetoplasental perfüzyon Doppler değerlendirmelerinde; maternal-fetal sirkülasyonun, akut volüm değişikliklerini iyi tolere ettiğini bildirmişlerdir.

Lew et al gebelikte periton dializini önermekte; bu işlemin sürekli oluşu yanında kan kimyası, kilo ve kan basıncında önemli değişiklik yapmaması ve antikoagülan kullanımı gerektirmemesi nedeniyle gebeler için hemodialize göre daha uygun olduğunu belirtmektedir. Dializ kateteri gebelik sırasında da yerleştirilebilmekte; peritonit ve buna bağlı preterm eylem riskinde önemli bir artış bildirilmemektedir. Plazma

BUN düzeyi 50 mg/dl, kreatinin düzeyi ise 5 mg/dl altında tutulmaya çalışılmakta ve bunun için daha az miktarda ancak daha sık dializ sıvısı kullanımı ve değişimi gerekmektedir (7).

Tüm önlemlere rağmen bu hastaların çoğunda arteriyel hipertansiyon ve anemi sorunları belirginleşmekte, kronik renal yetersizlik derecesi postpartum dönemde de artabilmektedir. Son dönem renal yetersizlikte, çocuk sahibi olma şansına en fazla sahip olan hastalar, transplantasyon yapılanlardır (1). Renal transplantasyon yapılan hastalarda spontan abortus oranı %35 olarak bildirilmiştir. İlk trimesterden geçebilen gebeliklerin %90'ı başarıyla sonuçlanabilmektedir. Bu kadınlarda gebelikte glomerül filtrasyon hızı artışı, normal kadınlardaki gibidir, %40'ında proteinüri gelişmekle birlikte, hipertansiyon olmadıkça önemli bir bulgu değildir. Transplantasyon sonrasındaki 2 yıl içinde kadının genel durumu iyiye, ağır hipertansiyon yoksa, greft reddi belirtisi veya sürekli proteinüri görülmemişse, gebeliğe izin verilebilir. Hasta durumu stabilse prednisone dozu 15 mg/gün, azathioprine dozu ise 2 mg/kg/gün altında tutulmaya çalışılmalıdır. Tüm önlemlere rağmen bu hastalarda preeklampsiye, ciddi enfeksiyonlara, erken membran rüptürü ve prematüre doğumlara, fetal gelişme geriliğine sık rastlanır. Gebelik sırasında transplant reddine ise %10 oranında rastlanmaktadır (8).

SONUÇ

Son dönem renal yetersizlikte başarılı obstetrik sonuçlar, anne ve bebek açısından taşıdığı tüm risklere rağmen, multidisipliner yaklaşım, yakın takip ve etkin tedaviyle bazı durumlarda mümkündür. Transplantasyon sonrası obstetrik sonuçlar, dializ hastalarındaki sonuçlarına göre daha iyi olmakla birlikte, bu seçenek her zaman mümkün değildir. Gebe hastalarda kronik ambulator peritoneal dializin, hemodialize göre bazı avantajları olabilir.

KAYNAKLAR

1. Hou SH: Pregnancy in women on haemodialysis and peritoneal dialysis. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 8 (2): 481-500, 1994.
2. Hou SH: Pregnancy in women requiring dialysis for renal failure. *Am J Kidney Dis*, 9: 368, 1987.
3. Hou SH: Frequency and outcome of pregnancy in women on dialysis. *Am J Kidney Dis*, 23: 60, 1994.
4. Elliot JP, O'Keeffe DF, Schon DA, Cherem LB: Dialysis in pregnancy: A critical review. *Obstet Gynecol Surv*, 46: 319, 1991.
5. Jakobi P, Ohel G, Szyman P, Levit A, Lewin M et al: Continuous ambulatory peritoneal dialysis as the primary approach in the management of severe renal insufficiency in pregnancy. *Obstet Gynecol* 79: 808, 1992.
6. Jacobi P, Weiner Z, Geri R, Zaidise I: Umbilical and arcuate uterine artery flow velocity measurements during acute hemodialysis. *Gynecol Obstet Invest*, 36 (4): 247-8, 1993.
7. Lew SQ, Watson JA: Urea and creatinine generation and removal in a pregnant patient receiving peritoneal dialysis. *Adv Perit Dial*, 8: 131-5, 1992.
8. Davison JM: Pregnancy in renal allograft recipients: Problems, prognosis, and practicalities. *Baillieres Clin Obstet Gynecol*, 8: 511, 1994.