

2. Trimesterde Gebelik Komplikasyonları HT, Preeklampsi, Eklampsi, HELLP Sendromuna Acil Serviste Yaklaşım

Uzm. Dr. Özge Onur

Uzm. Dr. Erol Ünlüer

Uzm. Dr. Arzu Denizbaşı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İlk ve Acil Yardım AB Dalı

Gebeliği komplike eden hipertansiyon (HT) anne ölümlerinin %18'ini oluşturmaktadır. HT, kan basıncının $\geq 140/90$ olması ya da sistolik kan basıncının 20 mmHg, diyastolik kan basıncının 10 mmHg artmasıdır.¹ Bu yüzden normal görülen kan basıncı hasta için preeklampsi sınırında olabilir. Gebeliğin tetiklediği HT, gebelik sonucu gelişen ve post-partum dönemde kaybolan artmış kan basıncıdır. Bu gebelik sırasında olan geçici hipertansiyondan retrospektif bakış haricinde ayırt edilemez. Amerikan Obstetrisyen ve Jinekolog Koleji'ne (American College of Obstetricians and Gynecologists)² göre gebeliğin tetiklediği HT deyimi yerine aşağıdaki sınıflamanın kullanılması daha uygun bulunmuştur.

Şu an kullanılan sınıflama²:

- Kronik hipertansiyon
- Kronik hipertansiyon üzerine preeklampsi
- Geçici hipertansiyon (Transient HT)
- Preeklampsi veya eklampsi

Geçici HT, 2. trimester sonrası oluşur, hafif tir ve hamileliği tehdit etmez. Gebelik sonrası normale döner. Bir sonraki gebelikte tekrar edebilir.

Preeklampsi; HT, patolojik ödem, proteinüri kombinasyonudur. Preeklampsinin nedeni belli değildir.

Eklampsi, preeklampsi üzerine ya da şiddetli HT üzerine eklenen nöbettir. Bir nöbet eğer gebeliğin 20. haftası ile doğum sonrası 7 gün içinde oluyorsa eklamptik olarak

kabul edilir. Bütün kronik hipertansif hastalıklar preeklampsi ya da eklampsi için predispozandır. Kan basıncı tek başına hastalığın şiddetinin belirleyicisi değildir ve diğer semptom ile bulgular eşliğinde değerlendirilmelidir.

Bir hastanın preeklampitik mi olduğu, kronik hipertansiyonunun mu olduğu ya da kronik hipertansiyon üzerine preeklampsi mi olduğunun ayrımı genellikle çok zordur. Kan basıncı 2. trimesterde gebelerde normalde düştüğü için, bu düşüş kronik hipertansiyon varlığını gizleyebilir. Yapılan renal biyopsi çalışmalarında ödem, hipertansiyon ve proteinüri üçlüsü olan 25 yaş altı primigravidalarda %70'inde preeklampsinin karakteristik lezyonu olan glomeruloendoteliozis bulgusu saptanmıştır. Hastaların %25'inde şüphelenilmeyen böbrek hastalığı tespit edilmiştir. Preeklampsi ile görülen kronik hipertansif multiparalarda %3 glomeruloendoteliozis, %21'inde alta yatan böbrek hastalığı tespit edilmiştir. Renal biyopsi, yararı genelde riske etmeye değmediğinden gebelerde yapılmamaktadır.³

Gebelikte hipertansiyon gelişmesi için risk faktörleri⁴

- Nulliparite
- Yaş>40
- Gebelik öncesi HT
- Kronik böbrek yetmezliği
- Afrikalı olma
- Diyabet
- Çoğul gebelik
- Gestasyonel trofoblastik hastalık

Acil servise başvuran preeklampitik hastalarda olabilecek şikayetler; baş ağrısı, görme bozuklukları, ödem, karın ağrısı olabilir. Preeklampsi her zaman 20 haftadan sonra olur. Preeklampsi, erken doğum ve premaritenden dolayı olan fetal komplikasyonlar

ile birlikte olabilir. Fetal riskler içinde akut ya da kronik uteroplasental yetmezlik vardır. Şiddetli vakalarda intrapartum fetal strese neden olabilir. Kronik uteroplasental yetmezlik asimetrik ya da simetrik SGA bebek riskini artırır.

HT, preeklampsi ve eklampsi için kriterler⁵

- Hipertansiyon
 - En az 6 saat ara ile 2 defa ölçülen KB >140/90
 - Geçici hipertansiyon
 - Başka bulgular olmadan KB >140/90
- Preeklampsi
 - KB >140/90, sistolik >20 mmHg, diyastolik >10mmHg artış
 - Proteinüri (300 mg/24 saat veya 1 g/ml)
 - Genel ya da pedal ödem veya 1 haftada >5 kg alımı
- Eklampsi
 - Yukarıdaki bulgular+generalize nöbet

HELLP Sendromu⁶

(Hemoliz Elevated Liver Enzymes, Low Platelets)

Preeklampsinin multigravidalarda görülen klinik bir varyantıdır. Bu sendrom hemoliz, artmış karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı ile beraberdir. Kan basıncı değişkendir, başlangıçta yüksek olmayabilir. Hastaların genel şikayeti olan epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı, karın ağrısının diğer sebepleri ile rahatlıkla karıştırılabilir. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran her hamile ya da postpartum hastada HELLP sendromu ön tanı olarak düşünülmeli, laboratuvar testleri ve klinik ile tanı ekarte edilmelidir. $\geq 140/90$ mmHg kan basıncı devam eden ya da herhangi hipertansif semptomu olan hastalar yatırılmalıdır. KB >140/90 olan, epigastrik ya da karaciğer enzimleri artan, görme bozukluğu ya

da şiddetli baş ağrısı olan hastalar tedavi edilmelidir.

HELLP sendromu veya preeklampsi düşünülen hastada laboratuvar bulguları

Test	HELLP sendromunda bulgular
Hemogram ve periferik yayma	Şistositler
Trombosit sayısı	<100000, <150000 ise şüphelen
Karaciğer fonksiyon testleri	Artmış fakat <500 IU/l
Böbrek fonksiyon testleri	BUN ve kreatinin normal -↑
Koagülasyon testleri	Anormal

Tedavi⁷

Magnezyum Sulfat, 4-6 g iv/15 dk başlanılır, sonra 1-2 g/saat infüzyon ile devam edilir. Refleksler ve serum magnezyum seviyeleri kontrol edilmelidir (nöromusküler depresyon riski vardır). Antihipertansiflerden ACE inhibitörleri kesinlikle kullanılamaz. Fetal yan etkileri vardır. Kullanılabilecek antihipertansifler aşağıda listelenmiştir. Bebeğin mümkün olduğunca erken doğurtulması gerekmektedir.

Komplikasyonlar⁸ arasında spontan karaciğer ve dalak rüptürü, son organ yetmezliği, abruptio plasenta, intrakraniyel kanama, fetusun ölümü bulunmaktadır. Hastalar mutlaka üçüncül bir merkeze transfer edilmeli ve acil kadın doğum konsültasyonu istenmelidir.

Kronik hipertansiyonu olan gebelerde bebeğe yan etkisi olmayan, en sık kullanılan antihipertansif Metildopa'dır. Metildopa 250 mg/6 saat başlanarak titre edilir. Tedaviye

başlandığında ya da doz arttırıldığında sedasyon olabilir ama bu durum geçicidir. Tedaviye başlanan hastalar yakın takibe alınmalıdır.

Antihipertansif tedavi^{7,9}

İlaç	Doz	Öneri
Magnezyum sulfat	4-6 g iv/15 dk sonra 1-2 g/s	nöromusküler depresyon riski
Hydralazin	2.5 mg iv, sonra 5-10 mg iv/20 dk, titre edilerek 5-10 mg/s inf	iv dozlar arasında 20 dk beklenmelidir, maternal hipotansiyon riski
Labetolol	20 mg iv, iv inf 1-2 mg/dk	az refleks taşikardi riski
Nitroglicerine	5 µg/dk inf, 5 dk da bir iki katı	devamlı kan basıncı monitörizasyonu
Sodyum nitroprussid	0.25 µg/kg/dk inf	Siyanid toksisitesi

Kaynaklar

1. National High Blood Pressure Education Program Working Group: Report on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 163:1689,1990.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists: Hypertension in pregnancy. Technical bulletin: 219. Washington, 1996.
3. Cockburn J. Final report of study on hypertension during pregnancy: The effects of specific treatment of the growth and development of the children. *Lancet* 1:647,1982.
4. Fisher KA. Hypertension in pregnancy: Clinical-pathological correlations and remote prognosis. *Medicine* 60:267,1981.
5. Lindheimer MD, Katz AI. Hypertension in pregnancy. *N Engl J Med* 313:675,1985.
6. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am*

J Obstet Gynecol 142:159,1982.

7. Sibai BM: Treatment of hypertension in pregnant women. *N Eng J Med* 335:257, 1996.

8. Zhou Y, Damsky C, Fisher SJ. Preeclampsia is associated with failure of human cytotrophoblasts to mimic a vascular adhesion phe-

notype: One cause of defective endovascular invasion in this sendrome? *J Clin Invest* 99: 2152,1997.

9. Pritchard JA, Cunningham MG, Pritchard SA. The Parkland Memorial Hospital protocol for treatment of eclampsia: Evaluation of 245 cases. *Am J Obstet Gynecol* 148: 951,1984.