

# Bölüm 33

## GEBELİKTE HİPERTANSİF HASTALIKLAR

Filiz YARŞILIKAL GÜLEROĞLU<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Gebelikte hipertansif hastalıklar dünya genelinde maternal ve perinatal mortalitenin önde gelen nedenlerinden birini oluşturur. Preeklampsinin, dünya genelinde gebeliklerin %2-8'ini komplike hale getirdiği tahmin edilmektedir. Latin Amerika ve Karayipler'de, hipertansif hastalıklar anne ölümlerinin neredeyse %26'sından sorumluyken Afrika ve Asya'da %9'una katkıda bulunurlar. Gelişmiş ülkelerde anne ölümleri gelişmekte olan ülkelere göre çok daha düşük oranda olmasına rağmen gelişmiş ülkelerde anne ölümlerinin büyük bir kısmı hipertansif bozukluklara bağlıdır.

### 1. PREEKLAMPSİ

Preeklampsisi, daha önce normotansif bir kadında gebeliğin 20. haftasından sonra yeni başlangıçlı hipertansiyon (sistolik  $\geq 140$  veya diyastolik  $\geq 90$  mmHg en az 6 saat ara ile iki kez) ve proteinüri ( $\geq 0.3$  g 24 saat idrar örneği veya spot idrarda protein/kreatinin oranı  $\geq 0.3$  (mg/mg) veya dipstickte  $\geq 2+$  kantitatif ölçüm kullanılmıyorsa) VEYA yeni başlangıçlı hipertansiyona proteinüri olsun veya olmasın şu bulgulardan birinin eşlik etmesi olarak tanımlanır: trombosit  $< 100,000 /\text{mm}^3$ , böbrek hastalığı yokluğunda serum kreatinin seviyesi  $\geq 1.1$  mg/dL veya önceki kreatinin seviyesinin iki katına çıkması, AST ve/veya ALT değerlerinin referans seviyesinin iki katı olması, pulmoner ödem, persistan baş ağrısı veya görme bozuklukları.

Şiddetli Preeklampsisi tanısı aşağıdaki bulgulardan herhangi birinin var olmasına dayanır:

- Sistolik kan basıncının  $\geq 160$  mmHg ya da diyastolik kan basıncının  $\geq 110$  mmHg olması durumu
- Trombositopeni olması (trombosit sayısı  $< 100,000/\text{mikrolitre}$ )
- AST ve/veya ALT değerlerinin referans seviyesinin iki katı olması, başka bir tanı ile açıklanamayan şiddetli sağ üst kadranda ağrısı veya tedaviye yanıt vermeyen epigastrik ağrının olması
- Serum kreatinin seviyesinin  $> 1.1$  mg/dL olması veya başka bir böbrek hastalığının yokluğunda serum kreatinin konsantrasyonunun iki kat artması
- Pulmoner Ödem
- Yeni başlangıçlı serebral ve görme bozukluklarının olması

#### 1.1. İnsidans ve Risk Faktörleri

Sağlıklı nullipar kadınlarda insidans, yaklaşık %7 olup çoğu termde ortaya çıkmaktadır. Nulliparite, önceki gebelikte preeklampsisi,  $> 40$  yaş veya  $< 18$  yaş, ailede preeklampsisi öyküsü, kronik hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, otoimmün hastalık (örn, antifosfolipid sendromu, sistemik lupus eritematozus), vasküler hastalık, diabetes mellitus (pregestasyonel ve gestasyonel), çoğul gebelik, obezite, siyah ırk, hidrops fetalis, maternal düşük doğum ağırlığı, IVF gebeliği, yeni partner, artmış çözünür fms-benzeri tirozin kinaz 1 (sFlt-

<sup>1</sup> Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Necmettin Erbakan Üniv. Meram Tıp Fakültesi Perinatoloji Bölümü, filizyarsilikal@gmail.com

maternal ve perinatal morbidite şiddetli preeklampsideki gibi yüksektir (24).

Sistolik kan basıncı  $\geq 160$  mmHg veya diastolik kan basıncı  $\geq 110$  mmHg olan gebelere antihipertansif tedavi önerilmektedir.

ACOG, komplike olmayan gestasyonel hipertansiyonu olan kadınlarda  $\geq 37 + 0$  haftada doğum önermektedir (23). Hastalar postpartum preeklampsi gelişme riskine karşın yakından takip edilmelidir.

Hipertansiyon, sonraki gebeliklerin yaklaşık %22'sinde tekrar eder (25) ve uzun vadede hastada hipertansiyon gelişme riski bulunmaktadır.

## SONUÇ

Preeklampsi, kronik hipertansiyon, süperempoze preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyon gebelikte ilişkili dört major hipertansif hastalıktır. Preeklampsi için yüksek risk (preeklampsi öyküsü, çoğul gebelik, renal hastalık, otoimmün hastalık, pregestasyonel diyabet ve kronik hipertansiyon) ve birden fazla orta derecede risk faktörüne (ilk gebelik, 35 yaş üstü gebelik, BMI $>30$ , aile öyküsü) sahip gebeler 16.gebelik haftasından önce düşük doz aspirin tedavisine başlamalıdır. Gestasyonel hipertansiyonu olan ve şiddetli özelliklere sahip olmayan preeklampşik gebelerde, 37.gebelik haftası itibarıyla bekleme tedavisi yerine gebeliğin sonlandırılması önerilmektedir. Şiddetli özelliklere sahip preeklampşik ve gestasyonel hipertansiyona sahip gebelere profilaksi ve tedavi amaçlı magnezyum sülfat tedavisi başlanmalıdır. Antihipertansif tedavi, akut başlangıçlı şiddetli hipertansiyonda (sistolik kan basıncı  $\geq 160$  mmHg ve diastolik kan basıncı  $\geq 110$  mmHg) başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon, eklampsi.

## KAYNAKÇA

1. Roberts, J.M., Redman, C.W. Pre-eclampsia: more than pregnancy-induced hypertension. *Lancet*. 1993;341:1447.
2. Meekins, J.W., Pijnenborg, R., Hanssens, M., et al. A study of placental bed spiral arteries and trophoblast invasion in normal and severe pre-eclamptic pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101:669.
3. Huppertz, B. Placental origins of preeclampsia: challenging the current hypothesis. *Hypertension*. 2008;51:970.

4. Mogren, I., Högberg, U., Winkvist, A., et al. Familial occurrence of preeclampsia. *Epidemiology*. 1999;10:518.
5. Duckitt, K., Harrington, D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2005;330:565.
6. Tuohy, J.F., James, D.K. Pre-eclampsia and trisomy 13. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;99:891.
7. Rath, W., Fischer, T. The diagnosis and treatment of hypertensive disorders of pregnancy: New findings for antenatal and inpatient care. *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(45):733-8.
8. Cnossen, J.S., Morris, R.K., Ter, R.G. Use of uterine artery Doppler ultrasonography to predict pre-eclampsia and intrauterine growth restriction: A systematic review and bivariable meta-analysis. *CMAJ*. 2008;178(6):701-11.
9. Poon, L.C., Kametas, N.A., Maiz, N., et al. First-trimester prediction of hypertensive disorders in pregnancy. *Hypertension*. 2009;53:812-8.
10. Bujold, E., Morency, A.M., Roberge, S. Acetylsalicylic acid for the prevention of preeclampsia and intra-uterine growth restriction in women with abnormal uterine artery Doppler: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(9):818-26.
11. Hofmeyr, G.J., Lawrie, T.A., Atallah, A.N., et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD001059.
12. Sibai, B.M. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol*. 2005;105(2):402-10.
13. Lu, J.F., Nightingale, C.H. Magnesium sulfate in eclampsia and pre-eclampsia: pharmacokinetic principles. *Clin Pharmacokinet*. 2000;38:305.
14. Magee, L.A., Cham, C., Waterman, E.J. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: Meta-analysis. *BMJ*. 2003;327(7421):955-60.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Developed by the Task Force on Hypertension in Pregnancy. 2013.
16. Stone, J.H. HELLP syndrome: hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets. *JAMA*. 1998;280:559.
17. Haram, K., Svendsen, E., Abildgaard, U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:8.
18. Sibai, B.M., Ramadan, M.K., Usta, I., et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169:1000.
19. Sibai, B.M. A practical plan to detect and manage HELLP syndrome. *OBG Management*. 2005;4:52-69.
20. Sibai, B.M. Diagnosis, prevention and management of eclampsia. *Obstet Gynecol*. 2005;105(2):402-10.
21. Duley, L., Henderson-Smart, D.J., Walker, G.J. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;12:CD000127. [Meta-analysis; 7 RCTs, n = 1396; 1]
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 125: Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb; 119(2 Pt. 1): 396-407. PubMed PMID:22270315.
23. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2019; 133:e1.

24. Buchbinder, A., Sibai, B.M., Caritis, S., et al. Adverse perinatal outcomes are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:66.
25. Van Oostwaard, M.F., Langenveld, J., Schuit, E., et al. Recurrence Of Hypertensive Disorders Of Pregnancy: An Individual Patient Data Metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.*2015;212(5):624.e1.