

BÖLÜM 9

GESTASYONEL HİPERTANSİF HASTALIKLARI TANI VE TEDAVİ

Melih BESTEL¹

Giriş

Gebelikte hipertansiyon, maternal ve fetal morbidite / mortalitenin önemli nedenlerinden birisidir. Gelişmiş ülkelerde anne ölümlerinin en sık ikinci nedeni olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde gebelikteki mortalitenin %10'undan sorumludur (1, 2).

Gebelikte hipertansif hastalıklar 4 grupta incelenir (3):

1) Gestasyonel Hipertansiyon

Normotansif bir gebede, gebeliğin 20. Haftasından sonra ortaya çıkan tansiyon yüksekliği (sistolik ≥ 140 mmHg ve/veya diastolik ≥ 90 mmHg, en az 2 kere ölçüm) ile beraber proteinüri (24 saat idrar proteini < 300 mg) ya da diğer organlarda fonksiyon bozukluğu bulunmamasıdır.

2) Preeklampsi / Eklampsi

- Hafif preeklampsi: Normotansif bir gebede, gebeliğin 20. Haftasından sonra ortaya çıkan tansiyon yüksekliği (sistolik ≥ 140 mmHg ve/veya diastolik ≥ 90 mmHg, en az 2 kere ölçüm) ile beraber proteinüri (24 saatte idrar proteini ≥ 300 mg) varlığı. (*proteinüri varlığı tartışmalıdır.)

- Şiddetli preeklampsi: Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg ve/veya diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg olduğunda proteinüri olmasa bile, trombositopeni (≤ 100.000), karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma (2 kat artış), böbrek fonksiyon testlerinde bozulma (serum kreatinin > 1 mg/dl), pulmoner ödem, görsel semptomların varlığı.
- Eklampsi: Tonik klonik konvülsiyonlarla komplike olan preeklampsi.

3) Kronik Hipertansiyon

Gebelikten önce veya gebeliğin 20. Haftasından önce tansiyon yüksekliği olması ve / veya antihipertansif kullanılmasıdır.

4) Kronik Hipertansiyon zemininde gelişen preeklampsi

Kronik hipertansiyonu olan gebenin tansiyonunun daha da yükselmesi ve proteinüri olsun ya da olmasın trombositopeni, karaciğer - böbrek fonksiyon testlerinde bozulma, ödem ve görsel semptomların oluşmasıdır.

Hipertansiyon nasıl tespit edilir?

Hastanın tansiyonu ölçülmeden en az 15 dakika dinlendirilmesi gerekir. Ondan sonra 4 saat

¹ Dr. Öğr. Üyesi Melih BESTEL, İstanbul Esenyurt Üniversitesi Özel Esencan Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü melihbestel@gmail.com



Sistolik kan basıncı ≥ 180 mmHg ve /veya diastolik kan basıncı ≥ 110 olan hastalar, vasküler organ hasarı olan hastaları daha önceden perinatal kaybı olanlar yüksek risk sınıfında değerlendirilir. Bu hastalarda preeklamps, dekolman plasenta, preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı doğum olma ihtimali düşük risk sınıfına göre yaklaşık 5 kat artış göstermektedir (21).

Gebelikte yaşanan hipertansif durumlar uzun dönemde kronik hipertansiyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler olay, tromboemboli, konjestif kalp yetmezliği, kardiomyopati, retinopati, tip 2 diabetes mellitus, renal yetmezlik, metabolik sendrom, kognitif bozukluk riskini artırır (8).

HELLP Sendromu

Şiddetli preeklampsinin ilerlemiş bir türüdür. Yüksek karaciğer fonksiyon testleri, trombositopeni ile beraber mikroanjiopatik hemolizin görülmesi durumu olarak tanımlanabilir. Eklamps gelişen hastaların yaklaşık %20'sinde gelişebilir maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi artırır.

Preeklamps bulgularının yanında sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede ağrı (karaciğer kapsül gerilmesine bağlı), bulantı ve kusma ile kendini gösterebilir. Bu durum bazı olgularda gündüzleri azalır, geceleri artabilir (22).

Karaciğer kapsül rüptürüne, dekolman plasentaya ve dissemine intravasküler koagülasyona (DIC) sebep olabilir.

Tanıda sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede ağrı yanında (23);

- Hemoliz bulguları
- Laktat dehidrogenaz (LDH) > 600 U/L
- Total bilirubin > 1.2 mg/DL
- Aspartat transaminaz (AST) > 70 U/L
- Platelet < 100.000

Bazı olgularda radyolojik görüntülemelerde karaciğer subkapsüller bölgede ağrıya neden olabilen kanama alanı izlenebilir.

Tedavisi şiddetli preeklamps ile benzerdir. Steroid kullanılması trombositopeniyi geçici olarak düzeltebilir ama kalıcı etkisi yoktur (24). Ancak HELLP sendromu varlığında kan transfüzyonu ihtiyacı, dekolman plasenta, DIC, pulmoner ödem, renal yetmezlik ve serebrovasküler olay gelişme ihtimali artar. Dolayısıyla maternal morbidite ve mortalite olasılığı yükselir (25).

Sonuç

Sonuç olarak gebelikte hipertansif hastalıklar klinik pratiğimizde sıklıkla karşımıza çıkabilir. Maternal ve fetal mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri arasındadırlar. Şüpheli durumdaki hastalar mutlaka yenidoğan ve erişkin yoğun bakımı olan tersiyer merkezlerde takip edilmelidir. Erken teşhis ve gerektiğinde yakın takip protokolüne geçilerek zamanında tedavi ile morbidite ve mortalitenin önüne geçilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kattah AG, Garovic VD. The management of hypertension in pregnancy. Adv Chronic Kidney Dis 2013; 20(3): 229-39.
2. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. Semin Perinatol 2009; 33(3): 130-7.
3. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists'task force on hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 122: 1122-31.
4. Vest AR, Cho LS. Hypertension in pregnancy. Cardiol Clin 2012; 30(3): 407-23.
5. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, et al: Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. BMJ 353:i1753, 2016
6. Staff AC, Sibai BM, Cunningham FG: Prevention of preeclampsia and eclampsia. In Taylor RN, Roberts JM, Cunningham FG (eds): Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy, 4th ed. Amsterdam, Academic Press, 2015
7. Lecarpentier E, Tsatsaris V, Goffinet F, et al. Risk factors of superimposed preeclampsia in women with essential chronic hypertension treated before pregnancy. PLoS One 2013; 8(5): e62140
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hofman BL, Casey BM, Spong CY (2018). Hypertensive Disorders Williams Obstetrics (25th ed. pp. 1089-1153). Mc Graw Hill Companies, Inc.
9. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hy-



- pertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks'gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374(9694): 979-88.
10. Nabhan AF, Elsedawy MM. Tight control of mild-moderate pre-existing or non-proteinuric gestational hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (7): CD006907
 11. Olson-Chen C, Seligman NS. Hypertensive Emergencies in Pregnancy. *Crit Care Clin* 2016; 32(1): 29-41
 12. Committee on Obstetric P. Committee Opinion No. 623: Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol* 2015; 125(2): 521-5.
 13. Nij Bijvank SW, Duvekot JJ. Nicardipine for the treatment of severe hypertension in pregnancy: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2010; 65(5): 341-7
 14. Brookfield KF, Su F, Elkomy MH, et al: Pharmacokinetics and placental transfer of magnesium sulfate in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 214:737. e1, 2016
 15. Zwart JJ, Richters A, Öry F, et al: Eclampsia in The Netherlands. *Obstet Gynecol* 112:820, 2008
 16. O'Connor HD, Hehir MP, Kent EM, et al: Eclampsia: trends in incidence and outcomes over 30 years. *Am J Perinatol* 30(8):661, 2013
 17. Thornton C, Dahlen H, Korda A, et al: The incidence of preeclampsia and eclampsia and associated maternal mortality in Australia from population-linked datasets: 2000–2008. *Am J Obstet Gynecol* 208(6):476. e1, 2013
 18. Barr M, Jr. Teratogen update: angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Teratology* 1994; 50(6): 399-409.
 19. Ames M, Rueda J, Caughey AB. Ambulatory management of chronic hypertension in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55(3): 744-55
 20. Sibai BM, Mabie WC, Shamsa F, et al. A comparison of no medication versus methyldopa or labetalol in chronic hypertension during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(4): 960-6; discussion 6-7.
 21. Sibai BM: Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002, 100:369–377.
 22. Koenen SV, Huisjes AJM, Dings J, et al. Is there a diurnal pattern in the clinical symptoms of HELLP syndrome? *J. maternal fetal neonatal med* 2006; 19:93-99
 23. Sibai BM: Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks'gestation. *Am J obstet gynecol* 2011; 205:192
 24. *Cochrane Database Syst. Rev* 2010
 25. Sibai BM: Diagnosis, Controversies, and Management of the Syndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count. *Obstet Gynecol* 2004; 103:983