

GEBELİKTE HİPERTANSİF HASTALIKLARA AİLE HEKİMİ GÖZÜNDEN YAKLAŞIM

Op. Dr. Hande Esra KOCA¹

GİRİŞ

Gebelikte hipertansif bozukluklar, gebeliklerin yaklaşık% 5-10'unu komplike hale getirerek maternal, fetal ve neonatal morbidite ve mortaliteye neden olur (1). Preeklampsinin küresel olarak gebeliklerin% 2-8'ini komplike ettiği tahmin edilmektedir(2). Gebe takibinde, gebenin her vizitte tansiyonu ölçülmeli ve kaydedilmelidir. Normal gebelik sırasında gözlenen fizyolojik değişiklikler bilinirse değerlendirme daha sağlıklı yapılabilecektir. Bazı fizyolojik değişiklikler; gebelikte plazma ve eritrosit volümünde artış gözlenir ki bu fizyolojik anemiye de neden olur, kardiyak outputta yükselme ve sistemik vasküler dirençte azalma gözlenir ve sonuçta kan basıncı ilk trimesterde kademeli olarak azalır (3). Kan basıncı yaklaşık 22-24. haftalarda en düşük seviyeye ulaşır ve 28. haftadan 36. gebelik haftasına kadar prekonsepsiyonel seviyelere tekrar yükselir. (3) Maternal, fetal ve neonatal morbidite ve mortaliteyi azaltabilmek için aile hekimleri hipertansif durumları yönetebilme, ciddi hipertansiyon tanısı konulduktan sonra hasta sevk edilene kadar ilk basamak tedaviye başlayabilme donanımında olmalıdır.

Etyoloji ve risk faktörleri?

Preeklampsinin etyolojisi net olarak bilinmemektedir. Erken gebelikte plasental vasküler yatakta gözlenen fizyolojik değişimlerdeki anormallikler; yetersiz trofoblastik invazyonu, plasantasyon anomalisi ve yaygın endotel hasarı iki temel patofizyoloji gibi görünmektedir (4). Gebeliğin erken dönemlerinde plasental vasküler yatak gelişimindeki anormallikler plasental yetersizlik ile sonuçlanabilir, bu da antianjiyojenik faktörlerin maternal sistemik endotel fonksiyonunu değiştire-

¹ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, hndesra@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, BlomströmLundqvist C, Cifková R, de Bonis M, et al. 2018 ESC guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2018;39:3165–241. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy340>.
2. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet* 2010;376:631–44. (Level III).
3. Shen M, Tan H, Zhou S, Smith GN, Walker MC, Wen SW. Trajectory of blood pressure change during pregnancy and the role of pre-gravid blood pressure: a functional data analysis approach. *Sci Rep*. 2017;7:6227. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-06606-0>.
4. Madazlı, R (2017) Preeklampsi Taraması ve Öngörüsü, Rıza Madazlı (Ed.) Gebelikte Tarama Ve Öngörü içinde (s.195 – 213) İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık
5. Lain KY, Roberts JM. Contemporary concepts of the pathogenesis and management of preeclampsia. *JAMA* 2002; 287:3183.
6. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005; 330:565.
7. 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* 2016; 353:i1753.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. Washington, DC: ACOG; 2013.
9. Lorie M. Harper, Alan Tita, S. Ananth Karumanchi (2019) Pregnancy – Related Hypertension. In Resnik R, Lockwood, Greene, Copel JA, Silver RM (eds) Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice, Eighth Edition. Philadelphia, Elsevier pp 810-830
10. Newman MG, et al. Perinatal outcomes in preeclampsia that is complicated by massive proteinuria. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(1):264–268.
11. Goel A, Ramakrishna B, Zachariah U, et al. How accurate are the Swansea criteria to diagnose acute fatty liver of pregnancy in predicting hepatic microvesicular steatosis? *Gut* 2011; 60:138.
12. Fakhouri F. Pregnancy-related thrombotic microangiopathies: Clues from complement biology. *Transfus Apher Sci* 2016; 54:199.
13. Bruel A, Kavanagh D, Noris M, et al. Hemolytic Uremic Syndrome in Pregnancy and Postpartum. *Clin J Am Soc Nephrol* 2017; 12:1237.
14. Committee Opinion No. 692 Summary. American College of Obstetricians and Gynecologists 2017;129(4):769-770. doi: 10.1097/aog.0000000000002010
15. Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period ACOG 2017
16. İnternet kaynağı : 28/09/2020 tarihinde <https://www.acog.org/community/districts-and-sections/district-ii/programs-and-resources/safe-motherhood-initiative/severe-hypertension> adresinden ulaşılmıştır
17. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2019; 133:e26
18. Burrows RF, Burrows EA. Assessing the teratogenic potential of angiotensin-converting enzyme inhibitors in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1998;38:306–311.
19. Hauspurg A, Parry S, Mercer BM, et al. Blood pressure trajectory and category and risk of hypertensive disorders of pregnancy in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 221:277.e1.
20. Sutton EF, Hauspurg A, Caritis SN, et al. Maternal Outcomes Associated With Lower Range Stage 1 Hypertension. *Obstet Gynecol* 2018; 132:843.
21. Kessous R, Shoham-Vardi I, Pariente G, et al. Long-term maternal atherosclerotic morbidity in women with pre-eclampsia. *Heart* 2015; 101:442.
22. Theilen LH. Pre-eclampsia and cardiovascular risk: comparing apples with apples. *BJOG* 2018; 125:1655.