

Reproduktif dönemdeki kadınlarda hipertansiyon prevalansının %7.7 olduğu tahmin edilmektedir. Gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi ve eklampsiyi içeren hipertansif bozukluklar tüm gebeliklerin %5-10'unu etkilemektedir. Hipertansiyon maternal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden olup kanama ve enfeksiyon ile birlikte ölüm triadını oluşturur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gelişmiş ülkelerdeki maternal ölümlerin %16'sı hipertansif hastalıklar nedeniyledir. Hipertansiyona bağlı ölümlerin yaklaşık yarısından fazlası önlenabilir ölüm sınıfındadır ⁽¹⁻³⁾.

Sınıflama

Amerikan obstetrik ve Jinekoloji Derneği pratik olarak dört tip hipertansif hastalık tanımlamıştır ⁽¹⁾:

- Preeklampsi ve eklampsi
- Herhangi bir etiyojolojiye bağlı kronik hipertansiyon
- Kronik hipertansiyon zemininde süperempoze preeklampsi
- Gestasyonel hipertansiyon

Terminoloji ve Tanı

Hipertansiyon: Bir haftalık takiplerde, en az 6 saat ara ile uygun şekilde yapılan iki ölçümde kan basıncının sistolik 140 mmHg veya diastolik 90 mmHg'den fazla olmasıdır. Gebelerde yatar pozisyonda vena kavaya bası nedeniyle kan basıncı düşeceğinden ölçüm oturur pozisyonda yapılmalıdır.

Kronik hipertansiyon: Gebelik öncesi ya da gebeliğin ilk 20 haftasında tanı alan ya da gebelik sırasında saptanıp postpartum 42 günden daha fazla persiste eden yüksek kan basıncıdır.

¹ Doktor, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Email:kbrinan95@gmail.com

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Developed by the Task Force on Hypertension in Pregnancy. 2013.
2. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, et al: clinical risk faktors for preeclampsia determinates in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*.2016; 353:1753.
3. Bateman BT, Shaw KM, Kuklina EV, et al. Hypertension in women of reproductive age in the United States: NHANES 1999-2008. *PLoS ONE*. 2012;7(4): e36171.
4. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, et al. Preventability op pregnancy related deahts. *Obstet Gynecol* 2005;106:1228.
5. Brauntal S, Bratananu A. Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment: SAGE Open Medicine 2019; 7: 1-15.
6. Cairns AE, Pealing L, Duffy JLM, et al. Postpartum managemant of hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:018696.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstretrik. 2020;710-74.
8. Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion No 623. . *Am J Obstet Gnecol*. 2015; 125(2): 521-5.
9. Hurt KJ, Gluile MW, Bienstock JL, et al. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstretrik El Kitabı.2013;186-194.
10. Leeman L, Dresang LT, Fontaine P. Hypertansive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician*. 2016;93(2):121-127.
11. Leeman L, Fontaine P. Hypertansive disorders of pregnancy. *Am Fam Physici-an*.2008;78(1):93-100.
12. Mostello D, Catlin TK, Roman L, et al: preeclampsia in the parous woman: who is at risk? *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:424.
13. Patrelli TS, Dal'asta A, Giazzo S, et al: Calcium supplementation and prevention of preeclampsia: a meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25(12):2570.
14. Postma IR, BaumaA,Ankersmit IF, et al. Neurocognitive functioning following preeclampsia and eclampsia: a long term follow up study. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211(1):37-41.
15. Sibai B. Expentant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment and delivery indications. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;169:514
16. Sibai B. Diagnosis, prevention and management of eclampsia. *Obstet Gynecol* 2005;105:402-410.
17. Worley LC, Hnat MD, Cunningham FG: Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *Am J Obste Gynecol*. 2008;198(3):297.el.