

## 9. BÖLÜM

# GESTASYONEL HİPERTANSİF HASTALIKLAR- II

Alihan TIĞLI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Preeklampsi gebelikte en sık karşılaşılan hipertansif bozukluktur. Diğer hipertansif hastalıkları preeklampsi kriterlerinin sahip olmayan veya bu kriterlerden fazlasını içeren hastalıklardır. Bu kısımda preeklampsi dışındaki hipertansif bozuklara değinilecek; öngörme ve önlemedeki seçenekler tartışılacaktır.

### TANI VE SINIFLAMA

Uygun koşullarda yarım saat ara ile ölçülen 2 tansiyon değerinin 140/90 üzerinde olması gebelikte hipertansif bozukluk için yeterlidir. Ciddi tansiyon yüksekliği (HT) olan hastalarda 1 kez 160/110 üstünde (şiddetli HT) ölçülen değerler de tanı için yeterlidir. Hipertansif bozukluklarda tedavi ve takip hipertansiyona eşlik eden veya etmeyen laboratuvar ve klinik bulgulara göre yapılmalıdır. Gebelikte gestasyonel hastalıkları

Gebeliğin hipertansif bozukluklarını daha sonra sırasıyla değineceğimiz 4 ana sınıfta ayırmak mümkündür

<sup>1</sup> Op. Dr. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dr.alihan@yahoo.com

mularda antihipertansif tedavi önerilmiyor. Antenatal steroid ve MgSO<sub>4</sub> tedavisi rutin olarak önerilmiyor.

HELLP sendromu ve eklemptik gebelerde temel amaç doğumu planlamak olmalıdır. Maternal stabilizasyon sonrası gebe doğurtulmalıdır. Sezaryen endikasyonu değildir. Fakat doğum eyleminin uzayacağı serviks uygun olmayan gebelerde sezaryen yapılabilir. MgSO<sub>4</sub> yükleme ve idame dozu başlanmalı şiddetli hipertansiyon tedavi edilmelidir. HELLP sendromunda olası fazla kanama ihtimaline karşı gerekli hazırlık yapılmalıdır. Antenatal steroid zaman varsa 34 haftadan küçük gebelere yapılabilir fakat glukokortikoid dozunu tamamlamak için doğum geciktirilmemelidir.

Kronik hipertansif gebelerin takipleri sık yapılmalı mümkünse gebelik öncesi değerlendirilmelidir. Kronik hipertansif gebelerin tedavisinde ve doğumun planlanmasında preeklampsi kriterlerine göre yaklaşılmalıdır. Yönetim preeklampsi ile benzerdir.

Preeklampsiyi öngörmeye tüm popülasyonu tarayabilecek duyarlılığa sahip bir test henüz bulunmamaktadır. ACOG'unda önerdiği gibi ayrıntılı tıbbi öykü ile gebenin risk faktörleri değerlendirilmelidir. Riskli gebelere 100mg düşük doz aspirin tedavisi başlanmalı ve diyetle düşük kalsiyum alımı olan gebelere kalsiyum reçete edilmelidir. Riskli hastaların laboratuvar testleri ve kan basıncı takipleri yapılmalı, aşırı kilo alımının önüne geçilmelidir. Gebeliğin hipertansif hastalıklarında birçok risk faktörü değiştirilemez olsa da komplikasyonların önüne erken tanı ile geçilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Saudan P, Brown MA, Buddle ML, Jones M. Does gestational hypertension become pre-eclampsia? Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:1177.
2. Barton JR, O'brien JM, Bergauer NK, et al. Mild gestational hypertension remote from term: progression and outcome. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:979.
3. Bellomo G, Venanzi S, Saronio P, et al. Prognostic significance of serum uric acid in women with gestational hypertension. Hypertension 2011; 58:704.
4. Wu Y, Xiong X, Fraser WD, Luo ZC. Association of uric acid with progression to preeclampsia and development of adverse conditions in gestational hypertensive pregnancies. Am J Hypertens 2012; 25:711.
5. Verlohren S, Herraiz I, Lapaire O, et al. The sFlt-1/PlGF ratio in different types of hypertensive pregnancy disorders and its prognostic potential in preeclamptic patients. Am J Obstet Gynecol 2012; 206:58.e1.
6. Rana S, Powe CE, Salahuddin S, et al. Angiogenic factors and the risk of adverse outcomes in women with suspected preeclampsia. Circulation 2012; 125:911.

7. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135:e237.
8. Schaap TP, van den Akker T, Zwart JJ, et al. A national surveillance approach to monitor incidence of eclampsia: The Netherlands Obstetric Surveillance System. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2019; 98:342
9. Vousden N, Lawley E, Seed PT, et al. Incidence of eclampsia and related complications across 10 low- and middle-resource geographical regions: Secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. *PLoS Med* 2019; 16:e1002775.
10. Sibai BM. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1520.
11. Berhan Y, Berhan A. Should magnesium sulfate be administered to women with mild pre-eclampsia? A systematic review of published reports on eclampsia. *J Obstet Gynaecol Res* 2015; 41:831.
12. Brewer J, Owens MY, Wallace K, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome in 46 of 47 patients with eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208:468.e1.
13. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903.
14. SALINGER, D. H., et al. Magnesium sulphate for prevention of eclampsia: are intramuscular and intravenous regimens equivalent? A population pharmacokinetic study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2013, 120.7: 894-900
15. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135:1492:
16. Altman D, Carroli G, Duley L, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 359:1877.
17. Seal SL, Ghosh D, Kamilya G, et al. Does route of delivery affect maternal and perinatal outcome in women with eclampsia? A randomized controlled pilot study. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:484.e1.
18. Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ* 1994; 309:1395.
19. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:311.
20. MARTIN JR, James N., et al. HELLP syndrome and composite major maternal morbidity: importance of Mississippi classification system. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2013, 26.12: 1201-1206
21. Abildgaard U, Heimdal K. Pathogenesis of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP): a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 166:117..
22. Jebbink J, Wolters A, Fernando F, et al. Molecular genetics of preeclampsia and HELLP syndrome - a review. *Biochim Biophys Acta* 2012; 1822:1960.
23. YE, Wenling, et al. Acute kidney injury in patients with HELLP syndrome. *International urology and nephrology*, 2019, 51.7: 1199-1206.

24. SIBAI, Baha M., et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *American journal of obstetrics and gynecology*, 1993, 169.4: 1000-1006.
25. Nunes JO, Turner MA, Fulcher AS. Abdominal imaging features of HELLP syndrome: a 10-year retrospective review. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 185:1205.
26. SIBAI, Baha M., et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *American journal of obstetrics and gynecology*, 1993, 169.4: 1000-1006.
27. BRAMHAM, Kate, et al. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 2014, 348
28. Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2019; 133:e26.
29. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for Preeclampsia: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2017; 317:1661
30. Contro E, Bernabini D, Farina A. Cell-Free Fetal DNA for the Prediction of Pre-Eclampsia at the First and Second Trimesters: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mol Diagn Ther* 2017; 21:125.
31. Cnossen JS, Morris RK, ter Riet G, et al. Use of uterine artery Doppler ultrasonography to predict pre-eclampsia and intrauterine growth restriction: a systematic review and bivariable meta-analysis. *CMAJ* 2008; 178:701.
32. Kalafat E, Laoreti A, Khalil A, et al. Ophthalmic artery Doppler for prediction of pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51:731.
33. ASKIE, Lisa M., et al. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *The Lancet*, 2007, 369.9575: 1791-1798
34. Duley L, Meher S, Hunter KE, et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 2019
35. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet* 2019; 145 Suppl 1:1.
36. PATRELLI, Tito Silvio, et al. Calcium supplementation and prevention of preeclampsia: a meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2012, 25.12
37. Facchinetti F, Marozio L, Frusca T, et al. Maternal thrombophilia and the risk of recurrence of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:46.e1.
38. Saad AF, Kechichian T, Yin H, et al. Effects of pravastatin on angiogenic and placental hypoxic imbalance in a mouse model of preeclampsia. *Reprod Sci* 2014; 21:138
39. Costantine MM, Cleary K, Hebert ME, et al. Safety and pharmacokinetics of pravastatin used for the prevention of preeclampsia in high-risk pregnant women: a pilot randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:720.e1.