

BÖLÜM 6

GEBELİKTE HİPERTANSİYON YÖNETİMİ

Serap YADİGAR¹

GİRİŞ

Gebeliklerde hipertansiyon ilişkili hastalıklar %5-10 oranında görülmektedir. İnteruterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, perinatal ölüm gibi fetal komplikasyonları ile birlikte hemorajik serebrovasküler hastalık, böbrek hasarı, dissemine intravasküler kuagülasyon, erken doğum ve ölüm ile sonuçlanan maternal komplikasyonlar nedeni ile gebelikte hipertansiyon yakın ve dikkatli takip edilmesi gereken bir durumdur⁽¹⁾.

Gebeliğin herhangi bir döneminde en az iki farklı zamanda sistolik kan basıncının(SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının(DKB) ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır⁽²⁻⁴⁾.

Gebelikte hipertansiyon dört grupta incelenir^(2,3).

- 1) Kronik hipertansiyon
- 2) Gestasyonel hipertansiyon
- 3) Preeklampsi
- 4) Kronik hipertansiyon üzerin eklenmiş hipertansiyon

Bu bölümde gebelikte hipertansiyon yönetimi bu başlıklar altında irdelenecektir.

KRONİK HİPERTANSİYON

Gebelik öncesi veya gebeliğin 20. haftasından önce kan basıncı yüksekliğinin saptanması ve doğum sonrası devam etmesi kronik hipertansiyon olarak tanımlanır. İlk trimesterden itibaren kan basıncı takip edilen hastalarda tanı kolaylıkla konabilirken , gebeliğin 20. haftasından sonra başvuran gebelerde kronik hipertansiyon ile gestasyonel hipertansiyon ayrımı yapmak zordur⁽⁵⁾. Kronik hipertansiyon varlığında SKB'nın ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 110 mmHg olması şiddetli hipertansiyon; SKB'nın 140-159mmHg ve /veya DKB'nın 90-109 mmHg olması durumunda hafif hipertansiyon olarak sınıflandırılır⁽⁵⁾. Tüm gebeliklerin %1-5'idir.

¹ Uzm. Dr. Serap YADİGAR, Kartal Dr Lütüf Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları AD.
serapsert2000@yahoo.com

lanılır. İntravenöz tedavide 5-10mg maksimum 20 mg kullanılır. Hipotansiyon, fetal trombositopeni, lupus benzeri tablo, bulantı, baş ağrısı, flushing gibi yan etkileri vardır⁽²²⁾.

SODYUM NİTROPRUSSİD

Tedaviye yanıt vermeyen ciddi hipertansiyon ve hipertansif ensefalopatide kullanılır. İntravenöz olarak 0,3-2mcq/kg/dk dozunda kullanılır. Dört saatten fazla süre kullanıldığında fetal siyanür zehirlenmesine yol açabilir⁽²³⁾.

DOĞUM ZAMANININ BELİRLENMESİ

Preeklampsia ve eklampsia tablosunda olan bir gebede kesin tedavi doğumun gerçekleşmesidir. Hafif preeklampside 37. Haftaya kadar beklenebilir. Ciddi preeklampside 34 . haftadan sonra beklemeden doğum gerçekleştirilmelidir. Maternal ve fetal komplikasyonlar nedeni ile 34. Gebelik haftasından önce doğum planlıyorsa fetal akciğer gelişimi için steroid tedavisi verilmelidir⁽³⁾.

Preeklampsik bir gebede eklampsie gidişi engellemek için magnezyum sülfat verilir. 15-20 dakikada 4-6 gr intravenöz magnezyum sülfat yükleme dozunun takiben saatte 1-2gr infüzyon olarak devam edilir⁽²⁴⁾.

KAYNAKLAR

- 1- Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2014 Apr;4(2):105-45
- 2- Report of the national high blood pressure education programme working group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(1):s1-s22
- 3- Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013 Nov;122(5):1122-1131.
- 4- Lowe SA, Bowyer L, Lust K, McMahon LP, Morton M, North RA, Paech M, Said JM. SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2015 Oct;55(5):e1-29.
- 5- Chahine KM, Sibai BM. Chronic Hypertension in Pregnancy: New Concepts for Classification and Management. *Am J Perinatol*. 2019 Jan;36(2):161-168.
- 6- Poston L, Briley AL, Seed PT, Kelly FJ, Shennan AH; Vitamins in Pre-eclampsia (VIP) Trial Consortium. Vitamin C and vitamin E in pregnant women at risk for pre-eclampsia (VIP trial): randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2006 Apr 8;367(9517):1145-54.
- 7- Umesawa M, Kobashi G. Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: prevalence, risk factors, predictors and prognosis. *Hypertens Res*. 2017 Mar;40(3):213-220.
- 8- Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2003 Jul;102(1):181-92.
- 9- Cruz MO, Gao W, Hibbard JU. Obstetrical and perinatal outcomes among women with gestational hypertension, mild preeclampsia, and mild chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Sep;205(3):260.e1-9.
- 10- von Dadelszen P, Magee LA, Roberts JM. Subclassification of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2003;22(2):143-8.

- 11- Phipps EA, Thadhani R, Benzing T, Karumanchi SA. Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. *Nat Rev Nephrol.* 2019 May;15(5):275-289.
- 12- Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG; High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ.* 2016 Apr 19;353:i1753.
- 13- Audibert F, Friedman SA, Frangieh AY, Sibai BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Aug;175(2):460-4.
- 14- Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2005 Feb;105(2):402-10.
- 15- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O’Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Meiri H, Gizurarson S, Maclagan K, Nicolaides KH. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med.* 2017 Aug 17;377(7):613-622.
- 16- Cooper WO, Hernandez-Diaz S, Arbogast PG, Dudley JA, Dyer S, Gideon PS, Hall K, Ray WA. Major congenital malformations after first-trimester exposure to ACE inhibitors. *N Engl J Med.* 2006 Jun 8;354(23):2443-51.
- 17- ElFarra J, Bean C, Martin JN Jr. Management of Hypertensive Crisis for the Obstetrician/Gynecologist. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016 Dec;43(4):623-637. doi: 10.1016/j.ogc.2016.07.005. Epub 2016 Oct 14. PMID: 27816151.
- 18- Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, Hall DR, Warren CE, Adoyi G, Ishaku S; International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension.* 2018 Jul;72(1):24-43.
- 19- Cockburn J, Moar VA, Ounsted M, Redman CW. Final report of study on hypertension during pregnancy: the effects of specific treatment on the growth and development of the children. *Lancet.* 1982 Mar 20;1(8273):647-9.
- 20- Smith P, Anthony J, Johanson R. Nifedipine in pregnancy. *BJOG.* 2000 Mar;107(3):299-307.
- 21- Magee LA, von Dadelszen P, Singer J, Lee T, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, Menzies J, Sanchez J, Gafni A, Helewa M, Hutton E, Koren G, Lee SK, Logan AG, Ganzevoort W, Welch R, Thornton JG, Moutquin JM; CHIPS Study Group*. The CHIPS Randomized Controlled Trial (Control of Hypertension in Pregnancy Study): Is Severe Hypertension Just an Elevated Blood Pressure? *Hypertension.* 2016 Nov;68(5):1153-1159.
- 22- Magee LA, Cham C, Waterman EJ, Ohlsson A, von Dadelszen P. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. *BMJ.* 2003 Oct 25;327(7421):955-60. doi: 10.1136/bmj.327.7421.955. PMID: 14576246; PMCID: PMC259162.
- 23- Sass N, Itamoto CH, Silva MP, Torloni MR, Atallah AN. Does sodium nitroprusside kill babies? A systematic review. *Sao Paulo Med J.* 2007 Mar 1;125(2):108-11.
- 24- Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, Smith D; Magpie Trial Collaboration Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2002 Jun 1;359(9321):1877-90.