

Bölüm 11

Gestasyonel Hipertansif Bozukluklar



Hasan Ali İNAL¹

Giriş

Gebeliğin hipertansif hastalıkları, gebeliklerin %10 kadarını komplike ederek maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin en büyük sebeplerinden birini oluşturduğu için anne (akut: eklampsi, stroke, dekolman plasenta, DIC, HELLP, karaciğer rüptürü, pulmoner ödem, ARDS, akut renal yetmezlik, ölüm; kronik: hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı, nörolojik defisit, erken ölüm) ve bebek sağlığı (akut: IUGR, prematürite, ölü doğum, neonatal ölüm; kronik: mental – motor gelişim bozukluğu) açısından tanının erken konulması ve uygun zamanda doğumun gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Gebelikte hipertansif hastalıkların sınıflandırılmasında American College of Obstetric and Gynecology (ACOG) tarafından belirlenen sınıflama yaygın olarak kullanılmakta olup Preeklampsi-Eklampsi; Kronik Hipertansiyon (herhangi bir nedenle); Kronik Hipertansiyon ile birlikte Süperempoze Preeklampsi ve Gestasyonel Hipertansiyon olarak 4 bölüme ayrılmaktadır [1-3].

Preeklampsi-Eklampsi

Daha önceden sınıflandırılan hafif preeklampsi terimi her an bulgular kötüleşebileceği için kullanılmamakta olup, şiddetli özellikler gösteren ve göstermeyen kavramı tercih edilmektedir. Preeklampsinin iki basamaklı bir hastalık olduğu, önce anormal implantasyona bağlı plasental perfüzyonun azaldığı ve ardından

¹ Doç. Dr. Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, dr.hasanaliinal@yahoo.com



Kronik hipertansiyonlu gebelerin kilo vermesi ve aşırı düşük sodyum diyetleri, sistolik kan basıncı < 160 mmHg ve diastolik kan basıncı < 105 mmHg ise ve organ hasarı bulguları yoksa antihipertansif tedavi önerilmemekte, orta derecede egzersizlere devam etmeleri, sistolik kan basıncının ≥ 160 mmHg ya da diastolik kan basıncının ≥ 105 mmHg olması durumunda ise antihipertansif tedavi önerilmektedir. Farmakolojik tedavi gerektiren kronik hipertansiyonu olan gebelerde ilk başlangıç tedavisi labetalol, nifedipine yada metildopa olmalıdır. Gebelikte komplike olmayan kronik hipertansiyonu olan kadınlarda ayrıca doğurganlık çağında kronik hipertansiyonu olan kadınlara anjiotensin converting enzim inhibitörleri, angiotensin reseptör blokerleri, renin inhibitörleri ve mineralokortikoid reseptör antagonistleri önerilmemektedir [8,9].

Gestasyonel Hipertansiyon

Gebeliğin 20. haftasından sonra proteinüri ve diğer sendromik bulgular olmadan gelişen kan basıncı yüksekliği olup postpartum 3 ay içerisinde kan basıncı normale döner. Gestasyonel hipertansiyonda istenmeyen gebelik olayları daha az görülmektedir.

Etyoloji ve patogenez hala tam olarak bilinmeyen ancak son 10 yılda preeklampsinin fizyopatolojisinde plasentanın olduğu, plasentanın doğumu ile birlikte preeklampsi bulguları gerilediği, sadece yüksek kan basıncı ve renal disfonksiyondan öte tüm organ sistemlerini etkileyen çok sistemli bir hastalık olduğu anlaşılmıştır [9,10].

Kaynaklar

1. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122: 1122–31.
2. Kirbas A, Kirbas O, Daglar K, Inal HA, Kurmus O, Kara O, et al. Novel indexes of arrhythmogenesis in preeclampsia: QT dispersion, Tp-e interval, and Tp-e/ QRatio. *Pregnancy Hypertens.* 2016; 6: 38-41.
3. M. Roberts, C.A. Hubel. The Two Stage Model of Preeclampsia: Variations on the theme. *Placenta 30, Supplement A, Trophoblast Research, 2009.*
4. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g2301.
5. Daglar K, Kirbas A, Timur H, Ozturk Inal Z, Danisman N. Placental levels of total oxidative and anti-oxidative status, ADAMTS-12 and decorin in early- and late-onset severe preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29: 4059-64.



6. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. 2010. Clinical guideline Published: 25 August 2010 nice.org.uk/guidance/cg107.
7. Timur H, Daglar HK, Kara O, Kirbas A, Inal HA, Turkmen GG, et al. A study of serum Apo A-1 and Apo B-100 levels in women with preeclampsia. *Pregnancy Hypertens.* 2016; 6:121-5.
8. Veerbeek JHW, Hermes W, Breimer AY, van Rijn BB, Koenen SV, Mol BW, et al. Cardiovascular disease risk factors after early-onset preeclampsia, late-onset preeclampsia, and pregnancy-induced hypertension. *Hypertension.* 2015; 65: 600-6.
9. Abalos E, Duley L, Steyn DW. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 2:CD002252.
10. Kirbas A, Daglar K, Gencosmanoglu G, Yilmaz Z, Timur H, Inal Z, et al. Total oxidative and anti-oxidative status, and ADAMTS12 levels in placenta previa and early-onset severe preeclampsia. *Pregnancy Hypertens.* 2016; 6: 295-9.