

Gebeliğin indüklediği hipertansif olgularda yoğun bakım sonuçları

Hikmet KOÇER (*), M. Üner KARACAOĞLU (**), Tolga KARACAN (*), Dilek SAĞLAM (*),
Hüseyin DAYAN (*), M. Murat NAKİ (**)

ÖZET

Amaç: Gebeliğin indüklediği hipertansiyon sorunu (preeklampsia, eklampsi, HELLP sendromu) maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Görülme sıklığı % 7-10 aralığındadır. Bu çalışma ile kliniğimizde yoğun bakım sürecine kadar giden olguları inceledik.

Gereç ve yöntemler: Bağıcılar EAH Kadın hastalıkları ve doğum kliniğine 1 Ocak 2011-31 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran doğum olguları içinde preeklampsia, eklampsi ve/veya HELLP sendromu tanısıyla yoğun bakıma nakledilen olgular (7 olgu) retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik özellikleri, gebelik haftaları, doğum şekli, anestezi tipi, yoğun bakım kalış süreleri, komplikasyonları ve mortaliteleri değerlendirildi.

Bulgular: Bu periyotta kliniğimizde 3996 doğum gerçekleştirilmiş olup, bunların 2497'si normal doğumdur (% 62,5), 1499 tanesi sezaryendir (% 37,5). Yoğun bakıma nakledilen 7 olgunun tamamı sezaryen ile doğurtulmuştur. Bu olguların gebelik haftası ortalaması 35 hafta +/- 5 haftadır. Yoğun bakımda ortalama kalış süresi 10,7 gündür. Maternal morbidite olarak akut böbrek yetmezliği 2 olguda (% 28,5), dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) 2 olguda (% 28,5), akciğer ödemi 3 olguda (% 42,8), asit 3 olguda (% 42,8), akut respiratuar distress (ARDS) 2 olguda (% 28,5), intraserebral hemoraji 1 olguda (% 14,3) görülmüştür. Maternal mortalite 1 olguda (% 14,3) intraserebral hemoraji nedeniyle kafaiçi basınç artışı sonrası görülmüştür.

Sonuç: Gebelikle indüklenen hipertansiyonda kesin tedavi doğumun gerçekleştirilmesidir, amaç annede gelişebilecek intraserebral hemoraji, akut tübüler ve kortikal nekroz, retina dekolmanı, karaciğerde subkapsüler hematoma ve rüptür, akciğer ödemi, kalp yetmezliği, dissemine intravasküler koagülopati gibi komplikasyonları önlemektir. Antenatal takipler sırasında bu olguların erken dönemde tespit edilip tedavilerinin düzenlenmesiyle yoğun bakım gereksinimleri azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Gebeliğin indüklediği hipertansiyon, yoğun bakım

SUMMARY

Results of intensive care treatment in cases with pregnancy induced hypertension

Objective: Pregnancy induced hypertension (preeclampsia, eclampsia, HELLP syndrome) is the most common reason of maternal morbidity and mortality. Its incidence is 7-10. percent. In this study, we analyzed the cases who were transferred to the intensive care unit.

Material and Method: This was a retrospective study. Seven pregnant women with preeclampsia, eclampsia, HELLP syndrome who referred to Bağıcılar Training and Research Hospital obstetrics and gynecology clinic between January 1 and December 31 2011 were analyzed. Demographic features, gestational age, mode of deliveries, types of anesthesia, duration of stay in the intensive care unit complications, mortalities were analyzed.

Results: During this period, in our clinic 3996 deliveries were performed. 2947 of them (% 62,5) were normal vaginal births and 1499 of them (% 37,5) were cesarean births. All of 7cases who transported to the intensive care unit were delivered by cesarean section. Mean gestational age was 35 weeks +/- 5 weeks. The mean duration at intensive care unit was 10,7 days. Maternal morbidities included acute renal failure (28.5 %, 2/7), disseminated intravascular coagulation DIC (n=3; 42.8 %) pulmonary edema (n=3; 28.6 %), ascites ((n=3; 42.8 %), acute respiratory distress (ARDS) (n=2; 28.5 %), and intracerebral hemorrhage (n=1; 14.3 %). In only 1 case (14.3 %) maternal mortality occurred because of intracerebral hemorrhage.

Conclusion: In pregnancy induced hypertension, definitive treatment is the realization of delivery. The aim is to protect mother from potential intracerebral hemorrhage, acute tubular and cortical necrosis, retinal detachment, subcapsular hematoma of liver, pulmonary edema, heart failure, DIC. During antenatal care, if cases with gestational hypertension are recognized in the early stage, then, the need for intensive care reduce.

Key words: Pregnancy-induced hypertension, intensive care

Bu yazı TJOD 2012 Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi: 17.11.2012

Kabul tarihi: 02.06.2013

Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Dr.*; Op. Dr.**

Hipertansif hastalıklar gebelikte en sık görülen tıbbi komplikasyondur. Görülme sıklığı % 7-10 aralığındadır ⁽¹⁾. Genellikle 20. gebelik haftasından sonra ortaya çıkar. Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Vücuttaki yaygın vazospazm ve uteroplasental damar yatağındaki patolojik değişikliklere bağlı olduğu düşünülen gebeliğin indüklediği hipertansiyon sorunu (gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromu) maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir ^(2,3). Gebelikte hipertansiyon terimi hafif kan basıncı yüksekliği olan olgudan, organ fonksiyon bozukluğuna yol açan şiddetli formlara uzanan bir hasta yelpazesini tanımlamaktadır. Belli başlı risk faktörleri arasında nulliparite, obezite, preeklampsi öyküsü, önceki gebeliklerde intrauterin gelişme geriliği öyküsü, kronik hipertansiyon, renal hastalık, tip 1 diyabetes mellitus öyküsü, trombofili öyküsü, ablasyo plasenta öyküsü, çoğul gebelik bulunmaktadır ⁽⁴⁻⁶⁾. Gestasyonel hipertansiyon gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan sistolik kan basıncının 140 mmHg, diastolik kan basıncının 90 mm Hg ve üstü olması durumudur. Proteinüri eşlik etmez. Preeklampsinin klasik üçlüsü; hipertansiyon, proteinüri ve ödemdir. Fakat ödemin preeklampsinin bir parçası olarak görülmemesi konusunda evrensel bir fikirbirliği bulunmaktadır ^(1,7). Ödem preeklampsinin tanısının doğrulanmasında gerekli değildir. Çünkü normal gebelikte ödem sık görülen bir bulgu olup, eklampşik kadınların 1/3'ünde ödem görülmektedir ⁽⁸⁾. Eklampsi, hipertansif zeminde başka nedenlere bağlanamayan nöbetlerin görülmesidir ⁽⁸⁾. HELLP sendromu ise mikroanjiyopatik hemolitik anemi olarak tanımlanan hemoliz, trombositopeni ve karaciğer fonksiyon bozukluğunu tanımlar. Tablonun ilerlemesi durumunda multiple organ yetmezliği ve yaygın kanama bozukluğu ile karakterize dissemine intravasküler koagülasyon ortaya çıkabilir ^(9,10). Bu nedenle gebeliğin indüklediği hipertansif hastalıkların yönetimi son derece zor ve tartışmalıdır.

Bu çalışma ile kliniğimizde yoğun bakım sürecine kadar giden olguları inceledik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 1 Ocak 2011-31 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran doğum olguları içinde preeklampsi, eklampsi ve/veya HELLP sendromu tanısıyla yoğun bakıma nakledilen olgular (7 olgu) retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik özellikleri, gebelik haftaları, doğum şekli, anestezi tipi, yoğun bakım kalış süreleri, komplikasyonları ve mortaliteleri değerlendirildi.

BULGULAR

Bu periyotta kliniğimizde 3996 doğum gerçekleştirilmiş olup, bunların 2497'si normal doğumdur (% 62,5), 1499 tanesi sezaryendir (% 37,5).

Yoğun bakıma nakledilen 7 olgunun tamamı sezaryen ile doğurtulmuştur. Bu olguların gebelik haftası ortalaması 35 hafta +/- 5 haftadır. Tüm olgularda genel anestezi uygulanmıştır. Yoğun bakımda ortalama kalış süresi 10.7 gündür. Maternal morbidite olarak akut böbrek yetmezliği 2 olguda (% 28,5), dissemine intravasküler koagülasyon 2 olguda (% 28,5), akciğer ödemi 3 olguda (% 42,8), asit 3 olguda (% 42,8), akut respiratuar distres 2 olguda (% 28,5), intraserebral hemoraji 1 olguda (% 14,3) görülmüştür. Maternal mortalite 1 olguda (% 14,3) intraserebral hemoraji nedeniyle kafaiçi basınç artışı sonrası görülmüştür.

TARTIŞMA

Gebelikte indüklenen hipertansiyon anne ve fetus için önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ^(2,3). Kesin tedavisi doğumun bir an önce gerçekleştirilmesidir. Eğer olabilirse öncelikli doğum şekli normal vaginal doğumdur. Tedavi ile amaç annede gelişebilecek intraserebral hemoraji, akut tübüler ve kortikal nekroz, retina dekolmanı, karaciğerde subkapsüler hematoma ve rüptür, akciğer ödemi, kalp yetmezliği, dissemine intravasküler koagülopati, sepsis, inme gibi komplikasyonları önlemektir ⁽¹¹⁾. Fetus açısından ise doğumun gerçekleştiği hafta

önemlidir. Doğumun erken gebelik haftalarında gerçekleşmesi durumunda yenidoğan yoğun bakım koşulları fetal morbidite ve mortalite açısından son derece önem arz edecektir. Olgularda preterm doğum hızı yaklaşık % 70'tir; bu oranın % 15'i de 28 hafta altı gebeliklerdir. Sonuçta, bu yenidoğanlar yüksek akut neonatal komplikasyonlara sahiptirler⁽¹²⁾.

Çalışmamızda hastaların hiçbirinin düzenli antenatal takiplerinin olmadığı saptanmıştır. Antenatal takipler sırasında bu olguların erken dönemde tespit edilip, tedavilerinin düzenlenmesiyle yoğun bakım gereksinimleri azaltılabilir, maternal ve fetal morbidite ve mortalite açısından daha iyi bir prognoz elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Report of the National High Blood Pressure Education Program.** Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:S1. <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2000.107928>
2. **Kong TY, DeWolf F, Robertson WB, Brosens I.** Inadequate maternal vascular response to placentation in pregnancies complicated by preeclampsia and by small-for-gestational age infants. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:1049. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1986.tb07830.x>
3. **Sibai BM.** Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003;102:181. [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(03\)00475-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(03)00475-7)
4. **Caritis S, Sibai B, Hauth J, et al.** Low-dose aspirin to prevent preeclampsia in women at high risk. *N Engl J Med* 1998;338:701. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199803123381101> PMID:9494145
5. **Wen SW, Demissie K, Yang Q, Walker MC.** Maternal morbidity and obstetric complications in triplet pregnancies and quadruplet and higher-order multiple pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:254. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2003.12.003> PMID:15295375
6. **Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, et al.** Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:422. <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.120280> PMID:11904601
7. **ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics.** Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. *Obstet Gynecol* 2002;99:159. [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01747-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01747-1)
8. **Mattar F, Sibai BM.** Eclampsia VIII risk factors for maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:307. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(00\)70216-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(00)70216-X)
9. **Sibai BM.** Diagnosis, differential diagnosis, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol* 2005;105:402. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000152351.13671.99> PMID:15684172
10. **Haddad B, Barton JR, Livingston JC, et al.** Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:444. <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2000.105915> PMID:10942484
11. **Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, et al.** Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1000. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(93\)90043-I](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(93)90043-I)
12. **Abramovici D, Friedman SA, Mercer BM, et al.** Neonatal outcome in severe preeclampsia at 24 to 36 weeks' gestation. Does HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count) syndrom matter? *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:221. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70178-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70178-X)