

Postpartum 7. gün geç eklampsi

Ertan ADALI (*), Ferah ALBAYRAM (*), Elif MEŞECİ (*), Necdet SÜER (**)

SUMMARY

Postpartum eclampsia

Preeclampsia is characterized with hypertension, proteinuria and generalized edema. Eclampsia is very rare and most severe form of preeclampsia and presented with tonic clonic seizures. Eclampsia complicates 3 in 1000 pregnancies, with higher incidence rates in twin pregnancies, nulliparous patients younger than 20 years or multiparous patients older than 35 years, women of low socioeconomic status or in developing countries (1).

Postpartum eclampsia is very rare and dramatic complication of pregnancy induced hypertension disorder and usually occur after 48 hours of delivery. We present a woman who referred to our hospital with symptoms of preeclampsia. She developed late eclampsia after 5 days of caesarian section.

Key words: *Postpartum eclampsia*

Anahtar kelimeler: *Postpartum eklampsi*

Preeklampsi gebeliğe özel, vazospazma ve endotel hasarına ikincil olarak gelişen, organ perfüzyonunun azaldığı bir sendromdur. Proteinüri preeklampsinin en önemli bulgusudur. Proteinüri ve hipertansiyon ikilisi perinatal mortalite ve morbiditeyi artırır. Eklampsi ise preeklampitik gebelerde görülen toksik veya nörolojik bir nedene bağlanamayan tonik-klonik konvülsiyonların görülmesidir. Eklampside intrakranial arter yapılımasında otoregülasyonun bozulması ve yoğun serebral vazospazm görülür. Kan beyin bariyerinde oluşan mikro iskemik zedelenmeler sonucu serebral ödem gelişir. Endotel hasarı, prostasiklin-tromboksan oranının bozulması, sempatik sistemdeki aktivasyon ve anormal plasentasyon bu tablonun yerleşmesini sağlar.

OLGU

32 yaşında, G1P0, son adet tarihine göre 31. gebelik

haftasında gebe baş ağrısı, görme bozukluğu şikayetleriyle acil gebe polikliniğimize başvurdu. Yapılan vaginal muayenede kolum forme kapalı, arter kan basıncı 180/100 mmHg, jeneralize ödemi +++ idi.

Ultrasonografisinde BPD 30hf+3 g, FL 31hf+1 g, AC 30hf+6 g, HC 32hf+1 g, plasenta anterior lokalizasyonlu evre 2, amnion mayi miktarı yeterli, uterin arter dopplerinde bilateral notch tespit edildi. Hb 11.4, Hct 30.4, Plt 180.000 mm³/dl, kan grubu ARh (+) idi. Kan biyokimyası; glukoz 90 mg/dl, üre 20 mg/dl, kreatinin 0.7mg/dl, SGOT 21 IU/L, SGPT 20 IU/L, LDH 577 IU/L, total protein 6 gr/dl, Na 137 mEq/ml, Ca 8.6 mg/dl idi. Spot idrarda +++ proteinüri tespit edildi.

Hastaya antihipertansif tedavi olarak metil dopa başlandı. Betametazon dozları tamamlanan hastanın NST'de geç deselerasyonlar olması üzerine acil sezeryana alındı. Hastanın postoperatif takibinde metil dopa tedavisi ile kan basıncı stabilize idi. Ancak postpartum 7. gününde 3 kez ard arda eklampsi atağı geçirmesi üzerine parenteral magnezyum sülfat tedavisi başlanarak acil nöroloji konsültasyonu istendi. Yapılan nörolojik muayenesinde; pupillalar izokorik, ışık refleksi +/-, fasial asimetri yok, motor güçte defisit yok, taban duyu refleksi bilateral fleksör idi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Yapılan göz dibi muayenesinde bilateral seröz dekolman tespit edildi. Takiplerde tekrar konvülsiyon atağı olmayan, kan basıncı stabilize olan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Eklampside görülen serebral patolojiler, eklampsiye özel veya hipertansiyona bağlı olabilir. Ağır hipertansiyonda arter rüptürüne bağlı yaygın serebral hemoraji görülür. Bu bulgu herhangi bir gestasyonel hipertansiyonda görülebilir ve hastanın preeklampitik olması gerekmez. Eklampsiye özel serebral lezyonlar ise daha yaygın ve nadiren fataldir. Postmortem çalışmalarda serebral ödem, hiperemi, tromboz ve hemoraji saptanmıştır (2).

Eklampsinin etiyolojisi hakkında spekülasyonlar olmasına rağmen tanısı oldukça kolaydır. Genellikle terme

yakın gebeliklerde görülmekle beraber, 20. gebelik haftasından sonra herhangi bir zamanda da görülebilir. Konvülsiyonlar, genellikle prodromal semptomlardan sonra görülür (baş ağrısı, görsel bulgular, epigastrik ağrı). Bununla birlikte, Sibai yaptığı çalışmalarda eklampitik hastaların % 19-32'sinde prodromal bulgu saptamamıştır (3). Ağır preeklampside ve antepartum eklampside kesin tedavi gebeliğin terminasyonudur. Bu nedenle, geç postpartum eklampsi tanısına şüphe ile yaklaşılması doğaldır. Klinisyen baş ağrısı, vizüel, mental değişiklikler ve hiperreflekside gelebilecek eklampsi atağı için hazır olmalıdır. Artmış serum ürik asit değeri, bozulmuş pıhtılaşma testleri, azalmış trombosit sayısı, yükselmiş karaciğer fonksiyon testleri, azalmış kreatinin klerensi bulguları da geç postpartum eklampsi tanısını destekler.

Postpartum eklampsi ile örneğin intraserebral hemoraji, serebral infarkt, beyin tümörü ve santral sinir sistemi abseleri gibi diğer konvülsiyon nedenlerini ayırmada yaygın olarak BT kullanılır (4). Yapılan kranial BT'de intraserebral bir patolojiye rastlanmaması ve perinatal preeklampsi bulgularının olması hastanın geç eklampsi krizi geçirdiğini desteklemekteydi. Hipertansif ensefalopatinin diğer nedenleri olan inme, epilepsi, abse, he-

moraji ve tümör olasılığından uzaklaşıldı.

Klinisyen, postpartum eklampsi yaklaşımında, konvülsiyona yönelik benzodiazepin, fenitoin, magnezyum sülfat; hipertansiyona yönelik hidralazin, labetalol, metil dopa alternatiflerini kombine edebilir. Volüm yüklemesi ve hiperosmolar sıvılardan kaçınılmalıdır (5).

Preeklampsi ve eklampsinin esas tedavisi doğum olmasına rağmen, hastanın postpartum eklampsi krizi geçirebileceği unutulmamalıdır. Postpartum geç eklampsi tedavisi multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Felz MW, Barnes BD, Ramon E: Late postpartum eclampsia 16 days after delivery : case report with clinical, radiologic, and pathophysiologic correlations. J Am Board Fam Pract 13:39-46, 2000.
2. Veltkamp R, Kupsch A, Polasek J, Yoursy TA, Pfister HW: Late onset postpartum eclampsia without preeclamptic prodromi: clinical and neuroradiological presentation in two patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 69:824-7, 2000.
3. Sibai BM: Hypertension in pregnancy. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 3rd ed. New York: Churchill-Livingstone, 1996, 935-66.
4. Dziewas R, et al: Late onset postpartum eclampsia. J Neurol 249:1287-91, 2002.
5. Tso E, et al: Late postpartum eclampsia. Ann Emerg Med 16:907-9, 1987.