

## Sekonder kronik hipertansiyon üzerine eklenmiş süperimpoze preeklampsi ve hellp sendromu: Olgu sunumu

### *Superimposed preeclampsia and hellp syndrome developing in a patient with secondary chronic hypertension*

Arzu ÖZKAN, Alparslan BAKSU, Nimet GÖKER

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

#### ÖZET

Kronik hipertansif gebe kadınlarda hipertansiyonun etiyojisi dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır. Sekonder hipertansiyon tanılı hastalarda etiyojisi belirlemek için araştırmalar dikkatli bir biçimde yapılmalı, bu hastalar gebelik öncesi, düşük ve yüksek riskli olarak gruplandırılmalı ve gebelik sonrası uygun tedavi ve takip planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hipertansiyon, süperimpoze preeklampsi, HELLP sendromu

#### SUMMARY

The etiology of hypertension should be carefully searched in chronic hypertensive pregnant women. In patients with diagnosis of seconder hypertension, precise examinations for identifying the etiology must be throughfully made, patients should be grouped as 'low' or 'high risk' before pregnancy and then appropriate therapy and follow-up must be planned. Key Words: Chronic hypertension, Superimposed preeclampsia, HELLP syndrome

#### GİRİŞ

Kronik hipertansiyon gebelikte maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi arttıran ciddi medikal bir sorundur. Maternal komplikasyonlar abruptio plasenta, pleji, süperimpoze preeklampsi; fetal komplikasyonlar ise prematurite, intrauterin mort fetus (İUMF), düşük doğum ağırlığı (SGA) ve neonatal ölümdür(1).

Dikkatli antepartum, intrapartum ve postpartum takiple kronik hipertansif gebelerde maternal ve fetal mortalite ve morbidite önemli ölçüde azaltılabilir.

Primer idiopatik hipertansiyon, gebelik esnasında görülen hipertansiyonun yaklaşık %90'ını oluşturur. Sekonder hipertansiyon ise %10'luk orana sahiptir ve altta yatan ciddi sistemik hastalıklarla ilişkilidir. Bunlar renal hastalıklar (glomerülonefrit, interstisyel nefrit, nefropati, polikistik böbrek, renal arter stenozu, skleroderma), endokrin hastalıklar (diabetes

mellitus, feokromasitoma, hiperaldosteronizm, tirotoksikoz) ve vasküler hastalıklardır (aort koarktasyonu)(2).

Süperimpoze preeklampsi, kronik hipertansif gebede preeklampsi gelişmesidir. Önceki tansiyon değerlerinde, sistolik kan basıncında 30 mmHg veya diastolik kan basıncında 15 mmHg'lık artışla birlikte yaygın ödem ve proteinürinin varlığı olarak tanımlanır. Süperimpoze preeklampside perinatal mortalite, SGA, preterm doğum ve neonatal ölüm gibi komplikasyon oranlarında artış görülmektedir(3).

#### OLGU

Hastamız H.P. 30 yaşında, G3P1D&C1. Kliniğimize karın, bel, baş ağrısı, bebeğinin hareket etmemesi şikayetleri ile başvurdu. Son adet tarihine göre 26 haftalık gebeliği mevcuttu. Üç yıllık kronik hipertansif olan hasta, Prent (asetbutalol) tablet 200 mg. 1 x 1 kullanmakta idi. Ancak düzenli antenatal takip olmamıştı. Tansiyon arteriyel: 260/180 mmHg olarak saptandı. Batın muayenesinde epigastrik hassasiyet mevcuttu. Korpüs uteri 23 haftalık cesamette idi. Yapılan transabdominal ultrasonografide; BPD: 54 mm(22 w + 4 d), FL: 42 mm (23 w), AC:

#### Yazışma Adresi:

Dr. Arzu Özkan  
Adres: Ferit Selim Paşa Cd. Fındık Sk. No:16/16  
Bahçelievler - Yayıla / İstanbul  
Tel: (0212) 507 83 16

155 mm (20 w + 4 d) idi. Amniyos sıvısı azalmış, plasenta ön duvar yerleşimli, fetal kardiyak aktivitesi negatifti.

Labarotuvuar bulguları; Hb:10, 1 g/dl, Hct: %28, 7, Plt: 50 000 /ul, üre: 101 mg/dl, kreatinin: 2,8 gr/dl, SGOT:179 u/L, SGPT:217 u/l, LDH: 1345 u/l, indirek bilirubin: 0,9 mg/dl, direk bilirubin: 0,35 mg/dl, total bilirubin: 1,25 mg/dl, fibrinojen 596 mg/dl idi. Kreatinin 923 mg/gün, protein: 1500 mg/gün olarak bulundu. Gözdeki incelemesinde, sağ göz alt temporal ark üzerinde, sol göz alt ve üst temporal ark üzerinde yoğunluğu azalmış 'soft' eksüda odakları ve arterlerde hafif daralma mevcuttu. Bu bulgularla geçirilmiş grade II-III hipertansif retinopati olarak değerlendirildi.

Hastanın mevcut kontrastlı abdominal manyetik rezonans (MR) incelemesinde sol renal arter başlangıcında 0,5 cm. segment boyunca sirküler darlık mevcuttu. Yine, eski tarihli intravenöz piyelografisi (IVP) ve renkli doppler ultrasonografilerine göre böbrek boyutlarında azalma, soldaki 'peak' sistolik hızda sağa göre azalma tespit edilmişti. Bu bulgularla hastaya renal arter stenozuna bağlı kronik hipertansiyon tanısı konmuştu.

Tansiyon arteriyel regülasyonu için Alfamet tablet 250 mg 3x1 + Norvadin 10 mg tablet 1x1 başlandı ve oksitosin ile indükte abort yaptırıldı. Diastolik kan basıncının 100 mmHg'in altına düşmemesi üzerine hasta nefroloji kliniği ile konsülte edildi. Tedaviye Lasix tablet 1x1 eklendi.

Hastanın MR, IVP doppler bulgularındaki böbrek boyutlarında azalma ve parenkim ekojenitesindeki azalma nedeniyle parenkim hasarından şüphe edilerek, MR anjiyo ve Doppler dubleks ultrasonografisi yapıldı. Sonuçlar, kronik hipertansiyonun, renal arter stenozuna değil, parenkim hasarına bağlı olduğunu gösterdi. Hasta bu sonuçlarla kronik renal yetersizliğe bağlı kronik hipertansiyon + süperimpoze preeklampsi + HELLP Sendromu olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

Kronik hipertansiyon ile komplike gebeliklerde süperimpoze preeklampsi, abruptio plasenta ve SGA riski yüksek iken, süperimpoze preeklampsi gelişen gebelerde, perinatal mortalite, SGA, preterm doğum ve neonatal ölümle sonuçlanan intrauterin gelişme geriliği (IUGR) riskleri artmıştır(1, 3, 4). Bu komplikasyonların sıklığı ciddi hipertansiyon ve birlikte renal ve kardiyovasküler hastalığı olanlarda artmaktadır (1).

Hafif renal yetmezlikli hastalarda bu komplikasyonlar serum kreatinin düzeyi normal olan gebelerle karşılaştırıldığında belirgin olarak yüksektir. Bu gebeliklerin büyük bir çoğunluğu normal doğumla sonuçlanır. Katz ve arkadaşlarının hafif renal yetersizlikli hastalarla ilgili bildirdiği sonuçlara göre canlı doğum %95, preterm eylem %20 ve SGA %24 oranındadır(5). Bildirilen bu sonuçlar orta renal yetersizlikte daha da artmaktadır. Bu grup hastalarda perinatal mortalite hızı %7-16 olarak rapor edilmiştir. Bu oran ağır renal yetersizlikli (serum kreatinini: 2, 5 mg/dl'den büyük) gebeler de % 73-86 arasında değişir (6). Orta renal yetmezlikli hastalarda SGA oranı %35 iken ciddi renal yetmezlikli hastalarda %43-57 arasında değişmektedir. Yine, süperimpoze preeklampsi gelişme riski orta renal yetmezlikli hastalarda %42 iken, ciddi renal yetmezlikli hastalarda %86 olarak bildirilmiştir (6).

Vakamız, ağır renal yetersizlik zemininde gelişen kronik hipertansiyonlu bir hasta idi. Yüksek oranda görüldüğü üzere süperimpoze preeklampsi ve HELLP sendromu ile komplike olmuş ve gebelik İUMF ile sonuçlanmıştır.

Caruso ve arkadaşları 23-24. gebelik haftasında 42 kronik hipertansif gebede uterin arter renkli doppler velosimetrisi ile rezistans indeks (RI) ölçerek süperimpoze preeklampsi, IUGR, SGA, preterm doğum arasındaki ilişkiyi karşılaştırmışlar ve en düşük RI değerlerinin kötü gebelik sonuçlarıyla korele olduğunu göstermişlerdir. 23-24. gebelik haftalarında yapılan uterin arter Doppler ultrasonografisi ile, süperimpoze preeklampsi gelişme riski veya kronik

hipertansiyona bağlı kötü perinatal sonuçlar öngörülebilmektedir(7).

Hastamız gebeliği süresince antihipertansif tedavi almış, ancak düzenli antenatal takip uygulanmamıştı. Belki protokollere uygun yapılacak düzenli takip ve 23-24. gebelik haftalarında yapılacak renkli Doppler velosimetrisi ile tespit edilen riskler sayesinde bu dramatik sonuçla karşılaşması önlenilecekti.

Kronik hipertansif kadınlar hamileliği düşündüklerinde gebelik öncesi hipertansiyon etyolojisi araştırılmalı, primer ya da sekonder hipertansiyon olduğu belirlenmeli, sekonder hipertansiyon ise etyolojiye yönelik kesin araştırmalar yapılmalı, böylece gebelik öncesinde hasta yüksek ya da düşük riskli olarak sınıflandırılmalıdır. Düşük riskli hipertansif grubun çoğu antihipertansif tedaviye gerek kalmadan iyi perinatal sonuçlara sahip olurlar. Antihipertansif tedavi yüksek riskli hipertansif gruba uygulanmalıdır. Antihipertansif tedavide metil dopa ilk seçenektir. Alternatif tedaviyi pindalol ve labetolol oluşturur. Gerekirse tedaviye hidralazin veya klonidin eklenebilir. Hedef, diastolik basıncın 90 mmHg'ın altında tutulmasıdır (8).

Ağır hipertansif gebeler rutin antenatal takip protokollerinden ayrı olarak, gebelik boyunca sıkı takipte olmalıdır (9). Özellikle renal yetersizlikli gebelerde takip 28. haftaya kadar 2 hafta da bir kez, daha sonra ise haftalık yapılmalıdır. Kronik hipertansiyon üzerine eklenen pre-

eklampsisi tanılı gebeler ise tanı konur konmaz hospitalize edilmelidir (9). Çünkü kronik hipertansiyonu olup süperimpoze preeklampsisi gelişen gebeler kronik hipertansif gebeler içinde tüm uğraşılara rağmen ana sorun olarak kalmakda, perinatal mortalite ve morbiditenin sebebi olarak devam etmektedirler. Başlanan antihipertansif tedavi de süperimpoze preeklampsisi gelişimini önleyememektedir (8).

Renal yetersizliğe bağlı kronik hipertansiyonda anne ve bebek için prognoz, annenin renal fonksiyonuna bağlıdır ve süperimpoze preeklampsisi ile komplike olması, renal fonksiyonu kötüleştiren direkt bir faktördür. Eğer renal fonksiyon kötüleşiyorsa ve serum kreatininin 132,6 mmol/L'den fazla ise gebelik sonlandırılmalıdır (10).

Kronik hipertansiyon gebelikte maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi artıran ciddi medikal bir sorundur. Bu nedenle, kronik hipertansif kadınlar, hamileliği düşündüklerinde hipertansiyon etyolojisi araştırılmalı, gebeliklerinde yüksek ya da düşük riskli mi oldukları belirlenmelidir. Oluşabilecek komplikasyonlara yönelik belirtilen tetkikler yapılmalı, maternal ve fetal yönden kontroller sıklaştırılmalıdır. Gerekirse hasta hospitalize edilmeli ve hatta riskler hayati tehlike yaratacaksa gebelik sonlandırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Haddad B, Sibai BM. Chronic Hypertension in pregnancy. *Ann Med*, 31(4):246-252, 1999.
2. Sibai BM. Chronic Hypertension in Pregnancy. *Clin Perinatal*, 18:833-844, 1991.
3. Robertson WB, Brosen L, Dixon HG. The Pathological response of the vessels of the placental bed to hypertensive pregnancy. *J Pathol Bacteriol*, 93: 581-592, 1967.
4. Reddy U, Witter F. Gebelikte Hipertansif Hastalıklar. *Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik, İstanbul, Atlas Kitapçılık*, 2000; 102-103
5. Imbasciati E, Pardi G, Capetta P et al. Pregnancy in women with chronic renal failure. *Am J Nephrol*, 6:193-195, 1986.
6. Cunningham FG. et al. Maternal adaptations to pregnancy. *Williams Obstetrics, Stanford, Appleton & Lange*, 1997, 191-227
7. Caruso A, Caforio L, Testa AC, Ferrazzanis NC, Mancuso S. Chronic hypertension in pregnancy: Color Doppler investigation of uterin arteries as a predictive test for superimposed preeclampsia and adverse perinatal outcome. *J Perinat Med*, 24(2):141-153, 1996.
8. Rey E, Couturier A. The prognosis of pregnancy in women with chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol*, 171(2): 410-416, 1994.
9. Sibai BM. Hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 19(4): 615-632, 1992.
10. Qui S. Clinical analysis of the outcome of pregnancy with chronic renal disease. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 28(10): 595-598, 1993.