

## Uzman Yanıtları

### Gebelerde kan basıncı ne olmalıdır?

**Yanıt** Preeklampitik veya önceden şiddetli hipertansiyonu olan ancak hedef organ hasarı bulunmayan gebelerde kan basıncı (KB) hedefi sistolik 140-150 mmHg ve diyastolik 90-100 mmHg olmalıdır. Ancak, preeklampsisi olup bazal diyastolik KB <75 mmHg olan genç kadınlarda ve kardiyak dekompanseasyon veya hipertansiyonla ilişkili olabilecek serebral semptomları (şiddetli baş ağrısı, konfüzyon, uyuklama, görme bozuklukları) olanlarda daha düşük KB değerlerinde tedaviye başlanması tavsiye edilir. Hedef organ hasarı olanlarda KB'nin 140/90 mmHg'nin altında tutulması tercih edilebilir. Fakat diyastolik KB'nin 80 mmHg'nin altına düşmemesine özen gösterilmelidir. Kan basıncını "normal" aralığa (örn., 120/80 mmHg) düşürmenin ise maternal veya fetal faydaları olup olmadığı konusu net değildir.

Önceden esansiyel ve evre 1 hipertansiyonu olan gebelerde hedef organ hasarı bulgusu yoksa ilk üç ayda tedaviden kaçınılmalı, ancak izlem sırasında diyastolik KB 95 mmHg'nin veya sistolik KB 150 mmHg'nin altında tutulacak şekilde tedavi planlanmalıdır.

*Gebelerde hangi antihipertansif ajanlar kullanılmalıdır?*

Şiddetli hipertansiyonun akut tedavisinde parenteral tedavi için önerilen ilaçlar; labetalol (IV, oral), hidralazin, kalsiyum kanal blokerleridir (sürekli salımlı nifedipin ve hızlı salımlı nikardipin). Pulmoner ödem varsa nitrogliserin [IV, 5 µg/kg/dk (en fazla, 100 µg/kg/dk)] ve refrakter şiddetli hipertansiyonun acil kontrolü için son çare bir ajan olarak kabul edilebilecek (IV) nitroprussid (0.25-10 µg/kg/dk) kullanılabilir. Nitroprussidin 4 saatten daha uzun süre kullanıldığında fetal siyanür zehirlenmesine yol açma olasılığı nedeniyle gebeliğin ilerle-

yen aşamalarında kullanımı kontrendikedir. Proteinüri ve ek olumsuz olaylar varsa doğum induksiyonu gerekebilir. Gebelerde hipertansiyon tedavisi için ciddi kardiyovasküler morbidite riski (inme, miyokart enfarktüsü) nedeniyle ağızdan veya dilaltı, hızlı salımlı nifedipin kullanımı tercih edilmez.

İki saat boyunca ortalama arter basıncında en fazla %25 azalma hedeflenmelidir ve hedef KB sistolik 130-150 mmHg, diyastolik 80-100 mmHg olmalıdır.

Oral tedavide metildopa ya da labetalol ile tedaviye başlanması önerilir. Bir uzun etkili kalsiyum kanal blokeri (örneğin nifedipin) ikinci veya üçüncü basamak tedavi olarak eklenebilir. Pindolol ve uzun etkili metoprolol gebelerde daha az araştırılmış olmalarına rağmen kabul edilebilir alternatif ajanlardır. Diğer betablokerlerin, özellikle propranololün güvenilirliği (erken doğum, yenidoğan apnesi, fetal büyüme geriliği, bradikardi, hipoglisemi riski) tartışmalıdır. Miyometriyum kontraksiyonu üzerine olumsuz etkisi vardır. α-bloker etkiden yoksun β-blokerler (atenolol) gebeliğin erken döneminde kullanıldığında doğumda düşük plasenta ve fetus ağırlığıyla ilişkili bulunmuştur. Uzun etkili nifedipin ise güvenilir kabul edilmektedir. Amlodipinin gebelikte kullanımına ait veri azdır. "Nondihydropyridine kalsiyum antagonistleri" (verapamil ve diltiazem) sadece az sayıda hasta içeren çalışmalarda kullanılmıştır. Tiyazid grubu diüretiklerin rolü tartışmalıdır. Ülkemizde mevcut ilaçlar göz önüne alındığında uzun etkili nifedipin, metil dopa, metoprolol kullanımı pratikte ön plana çıkabilir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve direkt renin inhibitörleri ise gebeliğin her aşamasında sakıncalıdır.

*Emzirenlerde kan basıncı ne olmalıdır?*

Kronik hipertansiyonu olan gebede doğumdan sonra hedef KB <140/90 mmHg olmalıdır. Gestasyonel hipertansiyonu (GH) olan bir gebede doğumdan sonra KB <130/80 mmHg ise tedavi azaltılmalıdır. Gebelikte tedavi verilmemiş GH'li bir hastada doğum sonrası KB >149/99 mmHg ise antihipertansif tedavi başlanmalıdır. Preeklampitik gebede doğumdan sonraki takipte KB >150/100 ise ilaç başlamak gerekir. KB <130/80 mmHg ise tedavinin kesilmesi önerilir.

*Emzirenlerde hangi antihipertansif ajanlar kullanılmalıdır?*

Antihipertansif ajanların anne sütüne en az ge-

çeni seçilmelidir. Propranolol, metoprolol, labetalol, kaptopril, enalapril ve kalsiyum kanal blokerleri (diltiazem, nifedipin, verapamil, nifedipin) emzirenlerde kullanılabilir. Asebutolol ve atenolol kullanımında bebek beta-blokaj belirtileri açısından izlenmelidir. Diüretikler teorik olarak, süt hacmini azaltabilir, ancak laktasyonda kullanımının uygun olduğu bildirilmiştir. ARB, amlodipine ve ACEİ'nin (enalapril ve kaptopril dışındaki) emzirenlerde kullanımı hakkında yeterli veri yoktur.

Dr. Nurcan Arat Koç

*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*