

PREEKLAMPSİ VE EKLAMPSİDE TAKİP VE TEDAVİ: 182 OLGU ANALİZİ

Kenan Sofuoğlu *, Umur Kuyumcuoğlu **, Ayşe İnmez ***, Selçuk Ayas ***

ÖZET

1.1.1996 - 31.12.1996 tarihleri arasında Zeynep Kamil Hastanesi riskli gebelik servisi ve doğum salonunda takip ile tedavileri yapılan 182 preeklamptik ve eklamptik olgu retrospektif olarak incelendi. Olgular, yaş, gravida, parite, gebelik haftası, klinik ve laboratuvar bulgularına ve doğum şekillerine göre irdelendi. Yaş, gravida, parite ortalamaları sırasıyla 28.15, 2.89, 1.37 olarak bulundu. Magnezyum sulfat tedavisi uygulanan olgularda tedavi başlangıç zamanı, tedavi süresi, konvülsiyon durumu ve sonuçlar kaydedildi. Tedavi öncesi 158/101 mmHg olan arteryel tansiyon ortalaması tedavi sonrası 126/81 mmHg'ya düştü. HELLP sendromu gelişen olguların laboratuvar ve klinik bulguları, prognozları, perinatal morbidite ve mortalite oranları incelendi ve tüm bulgular literatür ışığında irdelendi.

SUMMARY

182 cases of preeclampsia and eclampsia who were followed in the high risk pregnancy and maternity clinics of Zeynep Kamil Women and Children's Hospital between January 1, 1996 and December 31, 1996 were retrospectively studied. Cases were analyzed according to their age, gravidity, parity, gestational age, clinical and laboratory findings and mode of delivery. Mean age, gravidity and parity were 28.15, 2.89 and 1.37 respectively. In cases whom were treated with MgSO₄, the initiation time of therapy, duration of therapy, state of convulsion and result were recorded. Arterial pressure was lowered from a mean pretreatment level of 158/101mmHg to a posttreatment level of 126/81 mmHg. Clinical and laboratory findings, prognosis, perinatal morbidity and mortality rates of cases who developed HELLP syndrome were analyzed in the light of the literature.

GİRİŞ

Preeklampsia ve eklampsia obstetrik pratiğinin gizemini koruyan konularından biridir. Son yıllarda hastalığın gelişimindeki olaylar hakkında bildiklerimiz artmış bulunsa da, kesin etyoloji halen tam olarak çözülememiştir. Maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir.

MATERYAL ve METOD

1.1.1996 - 31.12.1996 tarihleri arasında Zeynep Kamil Hastanesi riskli gebelik servisi ve doğum salonunda takip ve tedavileri yapılan 182 preeklamptik ve eklamptik olgu

retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, gravida, parite ve gebelik haftaları kaydedildi ve aritmetik ortalamaları alındı. Spot idrarda 100 mg/dl'nin üstü proteinüri olarak kabul edildi. Olguların hemoglobin değerleri ve trombosit sayıları kaydedildi, aritmetik ortalamaları alındı ve 100.000/ml trombosit sayısı HELLP sınırı olarak kabul edildi. Olguların karaciğer fonksiyonlarını değerlendirmek için AST, ALT, alkalin fosfat, bilirubin ve LDH değerlerine bakıldı. Olguların tıbbi tedavisinde yatak istirahatine ilaveten alfa metil dopa (750-1500mg/gün, doz üçe bölünerek) ile lüzumu halinde dil altı 10mg nifedipin ve/veya I.V. magnezyum sulfat kullanıldı. Magnezyum sulfat tedavisinde 3 am-

* Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Klinik Başasistanı,

** Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Klinik Şefi,

*** Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Klinik Asistanı,

(Bu çalışma, 1997 yılında düzenlenen XIV. Zeynep Kamil Jinekopatoloji Kongresi'nde Poster olarak sunulmuştur.)

pul %15'lik magnezyum sulfat (4.5 gr) I.V. yükleme dozundan sonra, infüzyon pompası yardımıyla 24 saate yaklaşık 43.2gr. magnezyum sulfat I.V. olarak kullanıldı. Tedavi öncesi ve sonrası arteriyel tansiyon değerleri kaydedildi ve aritmetik ortalamaları alındı. Olguların tümünde Doppler ultrasonografi ve tokokardiyografi uygulandı ve sonuçları değerlendirildi. Olguların kendi içinde dağılımı, tedavi süreleri, gebeliği terminasyon endikasyonları, doğum şekilleri, ortalama bebek ağırlığı ve bebeklerin akibetleri ayrıca değerlendirildi.

BULGULAR

Olguların yaş, gravida ve pariterlerine göre dağılımı tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1:

	Yaş	Gravide	Parite
Ortalama değer	28.15	2.89	1.37

En yaşlı olgu 43, en genç olgu ise 19 yaşındadır. Gravida ve pariteler incelendiğinden en yüksek değerler sırasıyla 11 ve 7 olarak bulunmuştur.

Olguların kendi içinde dağılımı tablo 2'de gösterilmiştir.

182 olgunun 78'inde (% 42) 100mg/dl'nin üstünde proteinüri saptandı. En düşük hemoglobin değeri 7.5gr/dl, en yüksek hemoglobin değeri 15.6gr/dl ve ortalama 11.05gr/dl bulundu. Olguların trombosit değerlerinin ortalaması 220274/ml olup, en düşük trom-

Tablo 2:

Olgu Tipi	Olgu sayısı(n) ve yüzdesi(%)
Preeklampsi	111 (%60)
Ağır preeklampsi	52 (% 28)
HELLP	5 (% 2,7)
Eklampsi	7 (%3)
Kronik hipertansiyon	6 (%3)
Epilepsi	1

bosit değeri 30000/ml ile bir HELLP olgusunda saptandı. Karaciğer fonksiyon testleri (AST, ALT, LDH) 12 (%0.06) olguda yüksek bulundu. 7 olguda trombosit değerleri normalden düşük, karaciğer fonksiyon testleri yüksek, 4 olguda karaciğer fonksiyon testleri normalden düşük, trombosit sayısı 100000/ml'nin altında bulundu. Beş olgu (%0.027) klasik HELLP tanımına uyuyordu.

Olguların tedavi öncesi ve sonrası arteriyel tansiyon değerleri tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3:

Arteriyel Tansiyon	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Tedavi öncesi en yüksek	220	160
Tedavi öncesi ortalama	158.26	101.84
Tedavi sonrası en yüksek	180	120
Tedavi sonrası ortalama	126.98	81.82

Tedavi öncesi ve sonrası, sistolik ve diastolik tansiyon değerleri birbirleriyle istatistik olarak kıyaslanmış (SPSS) ve sistolik ile diastolik tansiyondaki düşmelerin istatistik olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tüm hastalara Doppler ultrasonografi ve tokokardiyografi (NST) uygulandı. 36 olguda (%0.19) Doppler çalışması, 27 olguda (%0.14) NST patolojik bulundu. Bu iki teknik beraber incelendiğinde 10 olguda (%0.05) her ikisi patolojik, 26 olguda (%0.14) Doppler patolojik NST normal, 17 olguda ise (%0.09) Doppler normal NST patolojik bulundu Doppler ultrasonografi ve NST ile perinatal sonuç arasındaki ilişki tablo 4'de gösterilmiştir.

Olguları kesin yatak istirahatine alınmış ve 70 olguda (%0.38) I.V. Magnezyum sulfat tedavisi uygulanmıştır. 101 olguda sadece yatak istirahati uygulanmıştır. Tedavi

Tablo 4:

	Normal yenidoğan (olgu sayısı)	In utero fetal kayıp (olgu sayısı)	* YDYBÜ'ne sevk (olgu sayısı)	YDYBÜ'de ex. (Olgu sayısı)
Doppler+NST patolojik	2	3	5	-
Doppler pat. NST N.	18	1	7	-
Doppler N. NST pat.	8	2	6	1

*: Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi

alan olguların 11'inde yalnız I.V. Magnezyum sülfat, 31'inde yalnız oral medikal tedavi, geri kalanında ise (59 olgu) kombine tedavi uygulanmıştır. Ortalama magnezyum sülfat tedavisi 1.28 gündür.

Gebeliği sonlandırma endikasyonları tablo 5'de gösterilmiştir.

Kırkbeş olgu gebe olarak tedavileri yapıldıktan sonra taburcu edilmiştir. 137 olgunun 47'si (%34) vajinal yol ile, 90'ı (%65) abdominal yol ile doğurtulmuştur. Bu sayılar içerisinde yer alan 5 HELLP olgusunun üçü

Tablo 5:

Sonlandırma endikasyonu	Olgu sayısı (n)
Preeklampsi	65
Ağır preeklampsi	18
Fetal distress	11
CPD	8
İkiz gebelik	7
Eski sezaryen	6
Ablatio plasenta	4
Postterm gebelik	3
IUGR	3
Spontan eylem	3
Makat prezentasyonu	2
Situs transversus	1
Kıymetli bebek	1
Uzamış travay	1

sezaryen ile, biri vajinal yol ile gebelikleri sonlandırılmış, bir olgu ise normal spontan doğum ile 2330 gr. bebek doğurduktan sonra postpartum 4. gün ex. olmuştur.

En düşük bebek ağırlığı 1000 gr, en yüksek bebek ağırlığı 5800 gr. olup ortalama değer 2816.59 gr'dır. Perinatal morbidite ve mortalite incelendiğinde; 96 bebek problemsiz, 6 olguda in utero fetal kayıp, 35 YDYBÜ'ne sevk, 8 YDYBÜ'de ex.'dir.

TARTIŞMA

Preeklampsi gebeliğe özgü, bilinmeyen etyolojili bir hastalık olup, kullanılan tanımlama kriterlerine ve çalışılan topluluğa bağlı olarak insidansı %2-30 arasında değişir(1). Hastalığın anne, kız kardeş ve kız çocuklarda beraber görülmesi tek maternal gen geçişini düşündürmektedir(2).

Bulfin ve Lawler'in yaptıkları çalışmada preeklampsi insidansı primiparlarda %70, multiparlarda %20 bulunmuştur(3). Çalışmamızda eklampsi oranı %3 olarak bulunmuştur. Villar ve Sibai(4) bu oranı %0.05-0.2 arasında vermiştir. Bu farklılıkta hastanemizin bir referans merkezi olmasının payı olabilir.

Weinstein mikroanjiyopatik anemi ve yükselmiş karaciğer enzimlerinin anne ve bebek için kötü prognozu göstermediğini bildirmiştir(5). Karaciğer fonksiyon testlerinin eklampitik hastaların %20-74'ünde yüksek olabileceği bildirilmiştir(6). Çalışma grubumuzda toplam 12 olguda (%6) karaciğer fonksiyon testleri yüksek bulunmuş olup, bunların beşi (%2.7) HELLP olgusudur. Tüm olgularımızın %42'sinde proteinüri saptanmıştır. Chesley(7) 199 eklampitik hastalı bir serisinde, 26 olguda eser proteinüri, 10 olguda ise normal idrar bulgusu bildirmiştir.

Kliniğimizde konvülsiyon profilaksisinde çoğu klinikte uygulandığı gibi magnezyum sülfat, antihipertansif tedavi olarak da alfa metil dopa ve lüzumu halinde sublingual nifedipin uygulanmaktadır. Magnezyum

sülfat tedavisi Zuspan'ın I.V. rejim protokolüne göre verilmekte ve kanda magnezyum ölçümleri yapılmaktadır. Uyguladığımız tedavi ile sistolik tansiyon ortalama 158mmHg'dan 101mmHg'ya, diyastolik tansiyon ortalama 127mmHg'dan 82mmHg'ya düşmüştür. Toplam 65 eklampatik olgumuz vardır. Bu olgulardan sadece ikisinde magnezyum tedavisi sırasında konvülsiyon gelişmiştir. Geri kalan 63 olgu genellikle hastaneye konvülsiyon geçirdikten sonra gelen veya başka bir sağlık kuruluşundan refere edilen ya da hospitalizasyondan kısa süre sonra eklampatik kriz geçiren olgulardır. Lucas ve ark.(8) 1049 olgular serilerinde magnezyum sülfat profilaksisi ile hiç konvülsiyon görmemişlerdir.

Doğurttuğumuz olgularda sezaryen oranımız %65 gibi yüksek bir rakamdır. Hernandez ve Cunningham sadece obstetrik nedenlerde sezaryen yapılması gerektiğini bildirmişlerdir(9).

Altısı in utero fetal kayıp, sekizi YDYBÜ'de olmak üzere toplam 14 (%10.2) perinatal mortalitemiz olmuştur. Plouin(10) preeklampatik kadınlarda perinatal mortalitenin yüksek olduğunu bildirmiştir. Doğal olarak hastalığın ciddiyeti arttıkça perinatal mortalite oranı yükselmektedir.

Preeklampsi ve eklampsi, obstetrik pratiğinin her an kötü sürpizlerle karşılaşacağımız bir bölümdür. Bu retrospektif çalışmada günlük rutinde yaptıklarımıza daha geniş bir perspektivitede bakmamız amaçlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Zuspan FP: Problems encountered in the treatment of pregnancy-induced hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 131:591,1978.
2. Chesley LC, Cooper DW: Genetics of hypertension in pregnancy: Possible single gene control of pre-eclampsia and eclampsia in the descendants of eclamptic women. *Br J Obstet Gynaecol* 93:898,1986.
3. Bulfin MJ, Lawler PE: Problems associated with toxemia in twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 73:37,1957.

4. Villar LMA, Sibai BM: Ecpampsia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 15:355,1988.
5. Weinstein L: Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 142:159,1982.
6. Sibai BM, Anderson GD, McCubbin JH: Eclampsia II. Clinical significance of laboratory findings. *Obstet Gynecol* 59:183,1982.
7. Chesley LC: Hypertensive Disorders in Pregnancy. *New York, Appleton-Century-Crofts*, 1978.
8. Lucas MJ, Leveno KJ, Cunningham FG: A comparison of magnesium sulfate with phenytoin for the prevention of eclampsia. *N Engl J Med* 333(4):250, 1995.
9. Hernandez C, Cunningham FG: Eclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 33:460,1990.
10. Plouin PF, Chatellier G, Breart G, et al: Frequency and perinatal consequences of fhyperntensive disease of pregnancy. *Adv Nephrol* 57:69,1986.

Yazışma adresi

Dr. Kenan Sofuoğlu

Pazarbaşı, Taşçı Mahmut Sok., 12/17

Üsküdar - İstanbul

Tel.: (0 216) 341 00 57