

RENAL TRANPLANTASYON SONRASI GEBELİKLERDE TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI :BİR VAKA

Nazife AKAN*

ÖZET

Renal transplantasyon sonrası bir gebeliğin başarı ile sonuçlanması kullanılan immunsupresif ilaç dozlarının hem allograftin fonksiyonlarını devam ettirecek hem de anne ve fetusun sağlığını koruyacak düzeyde tutulması ,gebelik komplikasyonlarının tedavi ve bakımı ile mümkündür. Bu makalede transplantasyon sonrası verilen immunsupresif tedavinin özellikleri ve bu tedavinin gebelik üzerindeki etkisi gözden geçirildikten sonra transplantasyon sonrası bir gebelik vakası incelenmiştir. Gestasyonel diabetes ve hipertansiyon bulguları ile hastaneye yatırılan 30.5 haftalık gebe, 7 gün vital bulguları, serum kreatinin, potasyum BUN, siklosporin A düzeyleri,açlık kan şekeri ,enfeksiyon bulguları yönüyle izlenmiştir .Siklosporin A dozu kan siklosporin düzeyine göre düzenlenmiştir.Non reaktif NST bulguları nedeniyle 31.5 haftalık gebelik sezaryenle sonlandırılmış, 2400 gr ağırlığında APGAR skoru 9 olan bir bebek doğurtulmuştur. Doğum sonu dönemde uygun immunsupresif ve koruyucu tedaviye ve bakıma devam edilmiştir.Yattığı süre içinde Hb düzeyi(9-10 gr/dl) olan ve böbrek fonksiyonları iyi olan anne postpartum 7.günde taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, renal transplantasyon yapılmış gebe, tedavi, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Treatment And Care Of Pregnancy After Renal Transplantation : A Case Report

The success of a pregnancy after renal transplantation is related to proper immunosuppressive drug doses allow allograft functioning and protect the maternal and fetal health, treatment and care of pregnancy complications. In this article after reviewing the type of immuno-suppressive treatment and its effects on pregnancy, a case of pregnancy after renal transplantation is reported. A 30.5 week pregnant women was admitted in hospital with findings of hypertension arterialise (130/100) and gestational diabetes. Along seven days anteparum vital signs, serum creatinin, serum K+, BUN, serum siclos-porine-A (ScA) levels, preprandial blood glucose level, symptoms of urinary and other infections was evaluated. The dose of ScA was regulated according to daily serum ScA levels. Blood glucose level and arterial tension were regulated before a sezarean section performed to the 31.5-week pregnancy because of non-reactive NST. A 2400 gr weighted and 9 APGAR scoring baby was born. The proper immunosuppressive and profilactive treatment was being countinued. At the time she was in hospital she had got low hemoglobin level (9-10 g/dl). Since good renal fonction she was discharged at 7'Th day postpartum.

Key Words: Renal transplantation, pregnancy after renal transplantation, treatment, nursing care.

*Mersin Üniv. SYO (Yard.Doç.Dr.)

Böbrek yetmezliği gebelikte anne ve fetüsün hayatını tehdit eden önemli sistemik hastalıklardan biridir. Son dönem böbrek yetmezliği olan kadın yaşamdaki rollerini yerine getirme çabasını sürdürebilir. Üreme fonksiyonlarının devamı onun beden bütünlüğü, kendi öz saygısı ve aile bütünlüğünün devamı için önemlidir.

Renal transplantasyonu, son dönem böbrek yetmezliklerinde hastaların yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesinin yükselmesi ve tedavi maliyetinin azalması bakımından hemodializden üstün bir tedavi yöntemidir. Transplantasyon sonrası dönemde nakledilen organın (allograftın) çalışmasını sağlamak, alıcının organı reddetmesini (rejeksiyonunu) önlemek, hastalık ve tedavinin etkilediği bütün sistemlerin sağlıklı bir şekilde çalışmasını sağlamak, gerek cerrahi işlem öncesinde hastada varolan veya cerrahi işlem sırasında yerleşen enfeksiyonların tedavisi, gerekse immunosupresyona bağlı savunma sisteminin baskılanması ile girişi kolaylaşan enfeksiyonları önlemek en az cerrahi başarı kadar önem taşımaktadır (Morris 1997, Erdil ve Özhan Elbaş 1999, Aydın 2002).

İmmunospresif tedavi, transplantasyon sonrasında greftin rejeksiyonunu önlemek ve fonksiyonunu sağlamak ve akut rejeksiyonu geri döndürmek için vazgeçilmezdir. Sağlık merkezlerine göre değişiklik gösterse de, genel olarak postoperatif dönemde kullanılan immunosupresif tedavi protokolleri: 1) Siklosporin -A (Cs A) veya FK-506, 2) Azatioprin veya Mikofenolat, 3) Steroidler (Prednizolon, Metilprednizolon) in değişik kombinasyonundan oluşmaktadır. Akut rejeksiyonda ise OKT3 (Muro-monab-CD3), gibi reseptör antagonistleri veya Antilenfosit globulinler (ALG) ve Anti Timosit Globulinler (ATG) gibi antilenfosit sera ve yüksek doz kortikosteroid kullanılır (Morris 1997, Erdil ve Özhan Elbaş 1999, Aydın 2002).

Gebelik Döneminde Kullanılması Muhtemel Bazı İmmunosupresif İlaçların Özellikleri:

Steroidler: Klinik transplantasyonda en yaygın olarak kullanılan ajanlardır. Steroidler periferik kandaki başta lenfositler olmak üzere eosonofil, bazofil ve monositlerin sayısını azaltır. Steroidler kan dolaşımındaki T ve B lenfositlerin lenfoid sisteme geçmesini sağlarken, savunma sistemi hücrelerinin aktive olmasını sağlayan monosit ve lenfositlerden sentezlenip ortama salınan İL-1, İL-2, PAF gibi sitokinleri bloke ederek T lenfositlerin sitotoksik T hücrelere, monositlerin makrofajlara dönüşmesini engellerler. Ayrıca inflamatuar süreçte rolü olan prostoglandin, Tromboksan A2 ve lökotrien sentezini önler, lizomal zar stabilizasyonunu artırarak fagositik fonksiyonları baskırlar. İmmunosupresif olarak en çok Prednizon ve Prednizolon kullanılır. Perioperatif dönemde Prednizolon 100mg /gün oral verilirken daha sonra 6.-7. ayda 10-15mg /gün idame doza indirilir. Genellikle Azatioprin ve Siklosporinle birlikte kullanılırlar (Morris 1997, Aydın 2002, www.turkpog.kongresi.org/novartis/simoral. 2003).

Steroidler vertigo, baş ağrısı, konvulsiyon, uyku bozuklukları katarakt, psikoz, intraokular basınç artışı, sodyum ve sıvı retansiyonu ve hipokalemi ve hipokalsemi, hipertansiyon, kardiyak aritmiler, trombofilebit, tromboemboli, vücut yağ dağılımında değişiklikler, aydede yüzü, peptik ülserler ve GİS kanamaları, karbonhidrat intoleransı, diabetes mellitus, serum kolesterol düzeyinde artış, osteoporoz ve aseptik kemik nekrozları, kas kitle kaybı ve enfeksiyonları maskeleyen gibi birçok yan etkisi vardır. Hamilelik döneminde kullanımın düşük doğum ağırlıklı bebek oluşumu riskini ve erken membran rüptürü riskini artırdığı gösterilmiştir. Fetüste adrenal yetmezlik bulgularına dikkat edilmelidir (Morris

1997, Aydın 2002, www.turkpog, kongresi.org/novartis/simoral. 2003).

Azatioprin: Azatioprin non spesifik immunosupresif bir ajan olup pürin benzeri bir antimetabolittir. Kullanılan doz miktarı 2-3 mg/kg gündür. Antimetabolit olma özelliğinden dolayı genellikle proliferasyon ve diferansiyasyon fazındaki hücelere etkili olurlar. Novaprin sentezi aktivasyonunu önleyerek DNA ve RNA sentezini baskılar. İnterlökin-2(İL-2) sentezini bloke ederek, nükleik asit sentezi aşamasında bulunan T ve B lenfositlerinin proliferasyonunu inhibe eder. Transplantasyon sonrası organın alıcıda kaldığı sürece bu ilacın hayat boyu kullanılması gerekmektedir. En önemli yan etkileri lökopeni, trombositopeni, makrositik anemi, karaciğer toksisitesi, neoplazi riskinin artmasıdır. Azatioprin plasentayı aşar, ancak fetal malformasyonlarda önemli bir malformasyon saptanmamıştır. Ancak kromozom kırılmalarına yol açabileceği belirtilmektedir. Teratojenik olduğunu gösteren bir bulgu yoktur (Morris1997, Aydın 2002).

Siklosporin (CsA):Mantarlardan üretilen siklik polipeptit yapıda bir immunosupresif ajandır. Siklosporinin başlıca etkisi hücre siklusunun istirahat fazlarında bulunan ve antijenlere duyarlı olan yardımcı T- lenfositlerini bloke ederek sitotoksik T-hücreyi prekürsöründen sitotoksik T-hücre oluşumunu engeller. CsA birlikte kullanılan steroid dozunun azaltılmasını sağlar. CsA hücre aracılıklı bağışıklığı baskılayarak allograft alıcısını kronik hücre içi enfeksiyon meydana getiren mantarlara, virüslere ve parazitlere dirençsiz hale getirir (Aydın 2002, www.turkpog,kongresi.org/novartis/simoral 2002). Parenteral olarak 1mg/kg gün, oral olarak ise 5-7 mg/kg/gün hesabı ile kullanılır. CsA'nın yüksek serum düzeyleri nefrotoksisite, düşük serum düzeyleri rejeksiyon habercisi olabileceğinden ilacın serum düzeyleri sürekli

olarak monitorize edilmelidir. Transplantasyon sonrası erken dönemde 250-300 ng/ml ve geç dönemde ise 100-200 ng/ml serum düzeyi uygundur. Hamilelerde kan düzeylerine ve dozuna dikkat edilmelidir (Le Mone and Burke 1996, Morris 1997).

CsA'nın bazı yan etkileri şunlardır: nefrotoksisite, hepatotoksisite hipertansiyon, hiperkalemi, hirsütizm, lenfoma, anoreksia, konvulsiyon, depresyon, sıvı retansiyonu, hiperglisemi, intravasküler kuagülasyon gingiva hipertrofisi. CsA kullanan ve prematür doğum ve hipertansiyon problemi olan gebelerin %30'unda renal yetmezlik görülmüştür.

CsA tedavisi altında doğan bebeklerin %50 sinde düşük doğum ağırlığı ve prematürite, %25-35 inde respiratuvar distres sendromu, sepsis, neonatal sarılık ve adrenokortikal yetmezlikler gibi major komplikasyonlar gelişmiştir. CsA'nın ilk bir hafta yenidoğanda immunosupresif etkileri olduğu gösterilmiştir. Ancak herhangi bir teratojenik bulguya rastlanmamıştır (Aydın 2002).

Takrolimus(FK506):CsA gibi mantarlardan üretilen bu ajanın klinikteki kullanımı oldukça yenidir. CsA ya göre yaklaşık 100 kadar daha etkilidir. 0.1-0.2 mg/kg gün dozunda ve serum ilaç konsantrasyonu ölçülerek kullanılır. Etki mekanizması CsA gibi İL-2 inhibisyonu yolu ile olur. Sitotoksik T hücrelerinde inhibisyona neden olur. Başlıca yan etkileri şunlardır: nefrotoksisite, hiperkalemi, glikoz intoleransı ve nörotoksisite. CsA ya göre diabetojenik yan etkilerinin daha fazla olduğundan söz edilmektedir. Teratojenik etkiye yol açtığını gösteren bir çalışma yoktur (Morris 1997, Aydın 2000).

OKT3: Monoklonal CD3 reseptör antikorudur. OKT3, T hücrelerinin antijeni tanımlarını sağlayan ve T hücreleri üzerinde bulunan CD3 reseptörüne bağlanarak T hücrelerin aktivasyonunu önler. Akut rejeksiyon

ataklarının tedavisinde optimal kullanım alanına sahiptir. OKT3 kullanan hastalarda ilk enjeksiyondan sonra ve bazen takip eden dozlarda akut semptomlar kompleksi gelişir. Reaksiyon tipik olarak enjeksiyondan 45-60 dak. sonra başlar ve saatlerce sürer. Özellikle titreme, 39 dereceye yükselen ateş, diare, nadiren göğüste sıkışma ve wheesing görülür. Akciğer semptomları belirgin sıvı tutulumu olan ve grefti fonksiyon görmeyen renal alıcılarda daha ciddi olabilir. Bu gibi durumlarda pulmoner ödem hatta kardiopulmoner ölüm gelişebilir. Bu nedenle tedavi öncesi ve sonrası vücut ağırlığının ve akciğerlerin durumunun doğru değerlendirilmesi gerekir. OKT3 tedavisini takiben kilo alımı haftada %3 den fazla olan hastalarda dializ ve sıvı çekilmesi önerilir. OKT3 ilk doz reaksiyonlarını önleyici rutin olarak premedikasyon yapılır. Transplantasyon sonrası dönemde immunosupresif tedavi ile birlikte hastayı enfeksiyonlardan korumak amacı ile antifungal ve antiviral ilaçlar da kullanılmaktadır (Le Mone and Burke 1996, Morris 1997, Aydın 2002, www.turkpgog.kongresi.org/novartis/simoral 2003).

Transplantasyon sonrası gebelikler: gebenin izlenmesi ve bakımı

Normal bir gebelikte glomeruler filtrasyon hızı (GFH) %50 artmıştır. GFH'nin reabsorbsiyon hızını aşması sonucu glikozüri görülebilir. Ancak böbrek yetmezliği durumunda GFH da azalmaya bağlı sıvı retansiyonu ve proteinüri artar. Ayrıca gebelikte progesteronun etkisi ile meydana gelen relaksasyon üriner sistem enfeksiyon riskini artırır. Bu durum son dönem böbrek hastalıklarında veya transplantasyon sonrası dönemde böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilir. Çalışmalar, kronik hemodializ tedavisi alan gebelerde gebelik başarısı %40-50 arasında iken transplantasyonda bu başarının %93-98'e çıktığını göstermiştir. Ancak transplan-

tasyon sonrası gebeliklerde normal gebeliklere göre prematür doğum oranı %50, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu %40 daha fazla görülmektedir (Toma et al 1999). Yapılan bir çalışmada transplantasyonlu gebelerde %65.5 anemi, %44.8 gebelik hipertansiyonu, %13.8 anormal glikoz tolerans testi görülmüştür. Transplantasyon sonrası gebeliklerde fetal sağlık da risk altındadır. Prematür doğumlar (%20.7), düşük doğum ağırlıklı bebekler %44.8, intrauterin büyüme geriliği (%20.7), spontan ve terapotik abortus (%14.4), ölü doğum, az sayıda da olsa (%1-3) multibl konjenital defektli veya mental retardasyonlu bebeklerin doğması başlıca problemler olarak ortaya çıkmaktadır (Toma et al 1999, Tan et al 2002).

Transplantasyon sonrası gebeliklerin başarısı allograftın fonksiyon yapabilme kapasitesi ve transplantasyon ile gebelik arasındaki süre ile yakından ilgilidir. Birinci yılın sonunda steroidlerle birlikte profilaktik amaçlı antifungal ve antiviral ilaçların kullanımı da büyük ölçüde sonlandırılmaktadır. Bir yıldan daha kısa süre içinde gebe kalan kadınlarda pulmoner ödem, arteriel hipertansiyon, şiddetli gestasyonel diabet, safra kesesi kanal tıkanıklığına bağlı sarılık, yüksek serum kreatinin düzeyi ve bakteriyüri, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, intrauterin ölüm ve gelişme geriliği, terapotik ve spontan abortus yüksek oranda görülmüştür (Kuvacic et al 2000, Wijeyaratne et al 2000). Gebelik için en uygun zaman renal fonksiyonların oldukça stabil olduğu transplantasyon sonrası 2. ile 5. yıllar arasındadır. Daha sonraki yıllarda da renal fonksiyon bozuklukları olabilir ve gebelikler bunu daha da arttırabilir. Hamileliklerle birlikte %9 luk bir rejeksiyon riski ve %15-20 lik kalıcı renal fonksiyon kaybı riski vardır. Bu durum daha çok konsepsiyon öncesi renal fonksiyonları bozuk olan kadınlarda gözlenmiştir (Morris 1997) Gebe kalmaya karar veren

kadınlarda başta nakledilen organın fonksiyonlarının yeterli ve stabil duruma gelmesi, kullanılan immunosupresif tedavinin stabilleşmesi, serum kreatinin düzeyinin 1.4mg /dl ve proteinürinin 1 g /gün' den az olması, kronik rejeksiyon hikayesinin olmaması, kan basıncının kontrol altına alınmış olması gerekir. Yapılan çalışmalarda gebelik öncesi transplante edilmiş organın fonksiyonları stabil olduğu zaman gebe kalan kadınların çoğunda greftin aşırı derecede etkilenmediği gözlenmiştir. Ancak bunların çok azında gebelik ile ilişkili greft rejeksiyonu, greft disfonksiyonu ve /veya greft kaybı olabilir. Gebelikte greft fonksiyonlarının bozulmasındaki en önemli nedenler gebeliğe bağlı hemodinamik değişiklikler, metabolik düzensizlikler, sıvı elektrolit dengesindeki bozukluklar, preeklamsi, immunolojik değişiklikler ve enfeksiyonlardır (Crowe et al. 1999, Aydın 2000, Armenti et al. 2000).

Hamilelik dönemindeki transplantasyon hastasına CsA veya FK506, Azatioprin +/-Prednizolon dan oluşan üçlü düşük doz immunosupresif tedavi protokolü uygulanmalı ve ilaç kan düzeyleri ve ilaçlara bağlı etkiler açısından hasta düzenli olarak kontrolde tutulmalıdır. Gebede immunosupresif tedavide kan düzeyi CsA için 100 ng/ml, FK506 için 7 mg /L civarında , Azatioprin ise lökopeni ve karaciğer fonksiyon bozukluğuna neden olmayacak dozda olmalıdır. (Morris 1997).

Anne, bebek ve greftin sağlığını sürdürmek için gerekli tedavi, izlem ve girişimlerde bulunmak transplantasyon sonrası gebeliklerde temel sağlık yaklaşımıdır. Obstetrist, nefrolog, hemşire ve diyetisyenin ekip çalışması yaklaşımı ile gebelik ve doğum başarılı bir şekilde sonuçlanabilir. Gebelik planlayan kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık verilmeli. Transplantasyondan 1-2 yıl sonra gebe kalmaları önerilmelidir Eğer hasta gebeliğin erken evresinde ise gebeliğinde ortaya çıkabilecek maternal

ve fetal riskler konusunda bilgilendirilmeli. İyi çalışan ve proteinürisi olmayan bir renal transplantasyon hastasına da gebe kalma durumunda yukarıda belirtilen risk faktörleri ile birlikte greft kaybı olasılığının bildirilmesi gereklidir. Prenatal bakımda hipertansiyon, preeklamsi, preterm doğum, intrauterin büyüme geriliği, anemi, enfeksiyon ve greft rejeksiyonu yönünden sıkı bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Komplikasyonların agresif tedavisi önerilmektedir. Gebelik döneminde teratojen olmaları nedeniyle mümkün olursa steroid ve antifungal ilaçlar kullanılmamalıdır. Sık görülen komplikasyonlar nedeniyle sezaryen doğumu gerekebilir (Hussey ve Pombar 1998).

Transplantasyonlu bir gebenin greft fonksiyonlarını değerlendirmek için gerektiğinde günlük BUN, serum kreatinin, sodyum, potasyum düzeylerine bakılmalıdır.

BUN: normal değeri 5-20 mg/dl.dir 20-50mg /dl orta düzeyde azotemi gösterir.

Serum Kreatinin: normal değeri 0.7-1.25gm /dl dir .1.25-1.4mg /dl hafif yetmezlik, 1.4 mg /dl den yüksek derecede 2.5 mg /dl orta derecede yetmezlik, 2.5mg/dl den fazla ileri derece yetmezlik bulgularıdır.

Kreatinin klirensi: normal değeri 32.5-130 ml dir. Düşük olması renal fonksiyon yetersizliğine işaret eder.

Serum K+: normal değeri 3.5-5.0 mEq/L dir. Hiperkalemi renal disfonksiyonuna işaret eder.

Sodyum: normal değeri 136-148mEq/L, yüksek olması renal yetmezliği düşündürülebilir.

Kan Siklosporin düzeyi: normal düzeyinin 200-400 ng /ml olması beklenir. Yüksek bulunması nefrotoksisite ve yetmezlik bulgusu olabilir.

Enfeksiyonların değerlendirilmesi: özellikle üriner sistem enfeksiyonları ve diğer misafir enfeksiyonlar araştırılmalıdır (Le Mone and Burke 1996, Morris 1997,

www.turkpog.kongresi.org/novartis/simoral 2003).

Yenidoğanın durumu:

İntrauterin hayatta sürekli olarak CsA ya maruz kalan yenidoğan bebekte total T- hücreleri ,CD4+ ve CD8+ T- hücreleri doğumda düşük düzeyde olup daha sonraki günlerde normale döndüğü ,T-hücre aktivasyon markırları arasında interlukin –2 reseptörünün alfa kolu olan CD25 in ekspresyonu normal seviyenin altında olduğu ve 12. aya kadar böyle kaldığı saptanmıştır. Ayrıca CD8+ ve CD8- subgrupları doğumda görülmüş ancak zaman içinde yetersiz artış göstermiştir. İkinci ayda İg G düzeyleri düşük bulunmuştur. Öte yandan bebeklerde bir immun yetmezlik sorunu görülmemiştir. Ancak bu bebeklerde hem suboptimal cevap oluşma riski, hem de canlı ve yarı canlı aşuların uygulandığında ters etkilerin ortaya çıkma riski olduğundan klasik aşılamanın 6.ay sonrasına ertelenmesi önerilmiştir (Di Paolo et al.2000). İmmunosupresiflere maruz kalan az sayıda çocukta insüline bağımlı diabetes mellitus, astım, tekrarlayan otitis media, sensorionöral işitme kaybı ve gelişme geriliği görülmüştür (Armenti et al. 2000, Sgro et al.2002).

1980'li yıllarda yapılan çalışmalar CsA tedavisi alan annelerin sütünde bu ilacın anne serum düzeyinden (55-130 ng /ml) daha yüksek oranlarda bulunduğunu göstermiştir(50-227 ng /ml.). Yenidoğanın olumsuz etkileyebileceği düşünülerek bu annelerin emzirmemeleri önerilmiştir (Hussey ve Pombar 1998). Ancak son çalışmalarda yenidoğan serumunda bulunan CsA düzeyinin öngörülen 30 ng /ml limitinin altında bulunması ve bebeklerde nefrotoksik bulgulara rastlanmaması nedeniyle annelerin bebeklerini emzirebilecekleri kanaatine varılmıştır (Nyberg et al.1998, Munoz-Florez-Thiagarajan et al.2001).

Transplantasyonlu gebenin hemşirelik bakımı:

Transplantasyon sonrası gebelikte greft fonksiyonlarının devamının sağlanması, gebelik komplikasyonlarının önlenmesi ve giderilmesinde iyi bir hemşirelik bakımının önemi büyüktür. Hemşire immun sistemin fonksiyonlarını ,immunosupresif tedavinin özelliklerini ve bu tedavinin gebelik üzerindeki etkisini çok iyi bilmelidir. Transplantasyonlu gebenin hemşirelik bakımı aşağıdakileri içerir.

1. Renal transplantasyon sonrası gebelik planlayan kadınlara ciddi bir enfeksiyon taramasının önemini ve gebelikte ortaya çıkabilecek enfeksiyon bulgularının hastaya öğretilmesi ve değerlendirilmesi (Morris 1997).

2. Rejeksiyon bulgularının değerlendirilmesi ve bunların hastaya öğretilmesi.

a-Vucutta sıvı retansiyonuna işaret eden bulguların izlenmesi-kilo artışı, idrar çıkışında azalma, ödem gibi.

b-24 saatlik idrar çıkışının, oligüri ve anuri bulgularının değerlendirilmesi.

c- Pulmoner ödeme işaret eden solunum güçlüğü ve solunum seslerinde bozulmanın değerlendirilmesi.

d- Renal yetmezlik bulgusu olan yüksek BUN, kreatinin, potasyum düzeylerinin değerlendirilmesi.

e-Transplantasyon bölgesinde inflamasyona bağlı peritonun irite olması nedeniyle ortaya çıkan pelvik hassasiyete dikkat edilmesi.

f-Proteinüri, hipertansiyon ,ateş bulgularının rejeksiyon olasılığı yönüyle değerlendirilmesi (Le Mone and Burke 1996, Morris 1997).

3. Önerilen ilaçların doğru şekilde uygulanmasının sağlanması. İmmunosupresiflerin değişik ilaçlarla ve özel durumlarda etkileşiminin bilinmesi ve ilaçların yan etkilerinin erken belirtilerinin tanımlanabilmesi ve uygun girişimlerde bulunulması. Kan siklosporin düzeyi takibinin öneminin bilinmesi (Le Mone and Burke 1996).

4. Gebeleri transplantasyon sonrası eritropoietin yetersizliğine bağlı anemi bulguları yönünden izleyip ,erken müdahale için gerekli desteğin sağlanması (Al Shohaib 1999).

5. Gebelikte çıkabilecek arteriel hipertansiyonun renal yetmezlik, siklosporin toksisitesi veya gebelik komplikasyonu ihtimalleri açısından değerlendirilmesi (Morris 1997).

6. Doğum sonu dönemde hastanın anne ve bebek bakımı, aile planlaması konularının yanında renal fonksiyonlarının takibi ve tedavinin uygulanması konularında bilgilendirilmesi ve gerekli desteğin sağlanması (www.turkpog.kongresi.org/novartis/sim oral).

7. Beden imgesi olumsuz olan hastalara danışmanlık hizmeti sunulması

OLGU

R.A. 37 yaşında, 1.65cm boyunda, ev hanımı. Soy geçmişinde: annesinde Diabetes Mellitus mevcut. Kötü Obstetrik Öykü:Gebelik sayısı 5; 1991 de preeklamsi nedeniyle 20 hft. intrauterin ex;1992 de 32 hft.eklamsi nedeniyle C/s ve perinatal ex;1994 de 28 haftalık gebelikte preeklamsi nedeniyle intrauterin ex;1996 da.D&C;1998 de 31.2 haftalık bir canlı doğum olmuş.

Eklamsi nedeniyle 1992 tarihinde kronik böbrek yetmezliği gelişen hasta, 1994 sonunda hemodialize girmeye başlamış . Mayıs 1997'de amcasından alınan böbrek transplante edilmiş. Transplantasyon sonrası genel durumu iyi seyretmiş. Postoperatif dönemde Sandimmum, Deltakortil, İmmuran, Zovirax, Drisentin, Baktrim, Famodin, Triflukan, Supradin ve Talsit tedavisi uygulanmış. Kasım 1997'de istenilen bir gebelik nedeniyle hasta doğum uzmanları ve nefrologların işbirliğinde izlemeye alınmış ve yukarıdaki tedaviye devam edilmiştir. Nisan 1998' de sol meme altında ve sağ aksilla bölgesinde benign nodüller saptanmıştır. Mayıs 1998'de 30.5 haftalık gebe olan hasta

gestasyonel diabet ve hipertansiyon (130/100) bulguları ile hastaneye yatırılmıştır. Yatışta AKŞ 105 ,kan siklosporin düzeyi 266, kreatinin 0.6 mg/dl, BUN 35, hemoglobin 9.6, (+) bulunmuş, idrar outputunda problem görülmemiştir. Sık vital bulgu, AÇİT, ÇKS takibi ve 2000 cal. Diabetik diyetin yanında, Alfamet 3x250 mg, Ferrosanol duedonal 2x1 tb, Sandimmum (2 x175 mg)Deltakortil 2X5mg, İmmuran 1x150mg, Babyprin 1x80 mg, Supradin 2x1 tb, Fraxiparin1x0.3 cc SC tedavisine başlanmıştır.

Hastanın yatıştan sonraki bulguları ve tedavi düzenlemeleri şöyle seyretmiştir:

2.gün- AKŞ105, BUN 24, Kreatinin 1 mg, Kan Siklosporin sabah 150, akşam 499(sandimmum 2x150 mg 'a indirilmiştir),TA 140/100 , ağırlığı 78 kg bulunmuştur.

3.Gün- AKŞ 105, BUN 24, Kreatinin 1, K+ 3.8, Hb.9.7, Kan siklosporin düzeyi 266 bulunduğundan ilaçlara aynen devam edilmiştir.

4.Gün- AKŞ 98, BUN 25, Kreatinin 1, Hb 9.6, K+4.4, Siklosporin 522(sandimmum 1x50 mg'a indirilmiş, TA130/100, fetal biyofizik skorlama 6/8 puan olarak bulunmuştur.

5.gün- TİT sonucunda bol lökosit ve mikroskopik kandida bulunmuş, AKŞ 84, Hb 9.3, BUN 31, Kreatinin 1, K+ 4.3, Siklosporin 208, TA 120/80 olarak saptanmıştır.

6.Gün- AKŞ 85, BUN 32, Kreatinin 1.2, Kreatinin klirensi 96.5 ml, Hb 9.8, BK 10.9, fetal biyofiziksel profil 6/8, NST reaktif bulunmuş, erken eylem bulguları gözlenmemiştir.

7.Gün – Non reaktif NST ve kötü fizik skorlama nedeniyle 31.5 haftalık gebeliğin sonlandırılması uygun görülmüş, sezaryen ile 2400 gr ağırlığında bir erkek bebek doğurtulmuştur. APGAR skoru 1. ve 5. dakikada 9 puan olan bebek yoğun bakıma alınmıştır. Ameliyat sonrası anneye total 3000 cc mayi, profilaktik olarak

Sefoksitin başlanmış, postoperatif tedavinin yanında önceki tedavilerine devam edilmiştir. Sandimmum 1x 50 mg. önerilmiştir. Hastaya kanama kontrolü ,AÇİT takibi yapılmış,sonda ve meme bakımı verilmiştir. Hb.8.6, BK 10.6, K+3.8, BUN 19, Kreatinin 0.7, Kreatinin klirensi 118 ml. olarak bulunmuştur.

Postoperatif 2.gün- 3000cc mayi (her 1000cc ye 20 mg KCl eklenecek). Bir önceki gün verilen ilaçlara ek olarak Metpamid, Parasetamol, Fraksiparin, İmmuran eklenmiştir. Meme bakımı, perine bakımı verilmiş, hasta mobilize edilmiştir. AKŞ 110, BUN 17, Kreatinin 0.8, K+3.9, Hb 10.5, BK 11. Siklosporin düzeyi 202 bulunmuş, meme (boşaltma, sıcak uygulama yapılmıştır) ve perine bakımı verilen hasta mobilize edilmiş, kilo takibi yapıldığında 75 kg. olduğu saptanmıştır.

Doğum sonu 6 gün daha hastanede izlenen hastanın BUN, kreatinin, potasyum değerleri normal düzeylerde saptanmıştır. Hb 9.1-9.7 arasında seyretmiştir. İlaçlarına postoperatif dönemdeki dozlarla devam

edilmiştir. Bebeğe anne sütü verilmiştir .

Doğum sonu 7. günü genel durumunun iyi olması üzerine gerekli önerilerle anne ve bebek taburcu edilmiştir.

2001 yılında yapılan kontrollerde hastanın ve çocuğun genel durumlarının iyi olduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde sayıları giderek artan transplantasyon merkezleri kronik böbrek hastalarının yaşam umudu olmuştur. Transplantasyon sonrası dönemde normal hayatına devam etmek zorunda olan kadınların beden imgelerinin korunması ve aile hayatlarını sürdürebilmeleri açısından üreme fonksiyonlarını devam ettirmelerini desteklemek bu bireylere sunulacak en önemli sağlık yaklaşımlarından biridir. Hemşireler ekip çalışması ve bütüncül bir yaklaşım anlayışı çerçevesinde gebelik planlayan kadınları bir sağlık ekibinin kontrolüne yönlendirmeli ve gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne, fetus ve yenidoğan sağlığının optimal düzeyde sürdürülmesi için gerekli desteği sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

- Al Shohaib Saaad** (1999). Erythropoietin therapy in a pregnant post-renal transplant patient. *Nephron*;Basel; 81 (1):81
- Armenti VT, Radomski JS, Moritz MJ et al.** (2000). Report from the National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR):Outcomes of pregnancy after transplantation . *Clin Transpl* 14 :123-3
- Aydın D** (2002). Karaciğer, Böbrek Transplantasyonu ve Gebelik. Ed.Kadri Y, Rıfat G, Nuri Ç.Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. MN Medikal & Nobel Adana, 673-690
- Crowe AV, Rustom R, Gradden C et al.** (1999). Pregnancy does not adversely affect renal transplan function .*QJM* 92(11):631-5

- Di Paolo S, Schena A, Morrone LF et al.** (2000). Immunologic evaluation duiring the first year of life of infants born to cyclosporine-treated female kidney transplant recipients:Analysis of lymphocyte subpopulations and immunoglobulin serum levels. *Transplation* 69 (10):2049-54.
- Erdil F ve Özhan Elbaş N** (1999). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.III.Baskı,72 Tasarım –Ofset Ltd.Ştd. Ankara, 422-32.
- Hussey MJ, Pombar X.** (1998). Obstetric care for renal allgraft recipient or for women treated with hemodialysis or peritoneal dialysis during pregnancy. *Adv Ren Replace Ther* 5(1):3-13.

Kuvacic I, Sprem M, Skrablin S et al. (2000). Pregnancy outcome in renal transplant recipients. *Int.Gynaecol Obst* 703:313-7.

Le Mone P and Burke K (1996). *Medical Surgical Nursing*. Addison Wesley, New York.116, 990.

Morris PJ (1997). Böbrek Transplantasyonu :Temel Bilgiler ve Uygulama. 4.baskı, Çev.Ed.Ekrem Ere., Nobel Tıp Kitabevleri Ltd, İstanbul.167-520.

Munoz-Florez-Thiagarajan KD, Easterling T, Davis C et al. (2001). Breast feeding by a cyclosporine –treated mother. *Obstetric and Gynecology* 97(5 Pt 2):816-8.

Nyberg G, Halijamae U, Frisenette-fich C et al. (1998). Breastfeeding During Treatment with cyclosporine .*Transplantation* 65(2):253-5.

Sgro MD, Barozzino TM, Mirghani HM et al. (2002). Pregnancy outcome post renal transplantation. *Teratology* 65(1):5-9.

Tan K, Tan AS, Tan HK et al. (2002). Pregnancy after renal transplantation :experience in Singapur General Hospital. *Ann Acad Med Singapore* 31(3):285-9.

Toma H, Tanabe K, TokumotoT et al. (1999).Pregnancy in women receiving renal dialysis or transplantation in Japan:a nationwild survey. *Nefrol Dial.Transpl* 14:1511-16.

www.turkpog.kongresi.org/novartis/simoral.Sandimmun Erişim Tarihi 01.17.2003.

www.rigeb.gov.tr/aihsan/say/sasor.htm . Merak ettikleriniz : Poliklonal ve monoklonal antikorlar Erişim Tarihi 01.17.2003.

Wijeyaratne CN, Sheriff R, Seneviratne HR, Sherifdeen AH (2000). Pregnancy following renal transplantation in Sri Lanka.*Ceylon Med J* 45(4):168-70.