

Sistemik Lupus Eritematosus'un Obstetrikteki Yeri

T. YARDIM^a , Ş. KARAHASAN^b , L. KIVRIKOĞLU^c

^a Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (Doç. Dr.) EDİRNE

^b Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim (Araştırma Gör.) EDİRNE

^c Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı (Araşt. Gör.) EDİRNE

ÖZET :

Bir olgu nedeniyle romatizmal bir hastalık olan SLE'un doğum hekimliğindeki yerini literatürde araştırdık. Sistemik bir Hastalık oluşu, gebelikle etkileşimi, tablonun değişkenliği, komplikasyonların çeşitliliği nedeniyle hastaya yaklaşım ve tedavinin kişiselleştirilmesi gereken SLE, modern obstetrikde kendine özgü bir yere sahiptir.

SUMMARY :

By means of a case, we have reviewed literature for SLE in obstetrics. Because of being a systemic disease, the interaction, with pregnancy, lability of the clinical course and the variation of complications, it is necessary to be individualized approach to and management of SLE which has a proper place in modern obstetrics.

GİRİŞ :

Birçok romatizmal hastalıklar, sıklıkla doğurganlık yaşları esnasında meydana gelerek, öncelikle kadınlarda görülmektedirler. Dolayısıyla hasta başlangıçta veya hastalığın seyri esnasında ilk olarak doğum hekimine başvurabilir. Romatizmal hastalıklar genellikle birçok major organ sistemlerini atake ettiklerinden ve hastalığın ağırlığı hastadan hastaya oldukça çok değiştiğinden programları mümkün olduğunca kişiselleştirilmelidir. Zamanımızın tedavi edici yöntemleri mümkün olduğunca sınırlı olduğundan, ayrıca gebeliğinde bazı tercihleri kısıtlandığından bunlara ilave olarak hastaların çok farklı tablolarla ortaya çıktığından, romatizmal hastalıklarda tecrübesi olan bir romatolog veya iç hastalıkları uzmanı ile hasta konsülte edilmelidir. Asemptomatik hasta günün birinde hayatı tehdit eden bir komplikasyon ile karşılaşabileceğinden gebeliğin başlangıcında obstetrisyen ile romatolog arasında bir koordinasyon sağlanmalıdır.

GENEL BİLGİLER :

Sistemik lupus eritematosus, etiyolojisi bilinmeyen, fakat otoimmunitenin belirgin patogenetik rol oynadığı görünen, kronik bir hastalıktır.

Primer olarak genç kadınlarda meydana gelir ve ilk defa gebelikte görülebilir. Artrit, rash şeklinde deri döküntüsü, ateş, kaybı, perikardit, plörit ve nefrit sıklıkla başlangıç belirtileridir. Hastaların çoğunun serumunda antinükleer antikolar mevcuttur. VDRL testi, hastaların % 10-20 sinde devamlı yanlış müsbet sonuç verir. Lökopeni, trombositopeni, hemolitik anemi olsun veya olmasın pozitif coombs testi diğer sıkça rastlanılan anormal labaratuvar sonuçlarıdır. Kür mevcut değilse, tedavide antiinflamatuvar ilaçlarla hastalık aktivitesinin süpresyonu hedeflenir.

SLE'LU HASTADA KONTRASEPSİYON :

Konsepsiyondan önce, sistemik lupus eritematosus (SLE)'lu hastaya kronik bir hastalığı olduğu, çocuk büyütmenin omuzlarına aşırı bir yük yükleneceği bilinci yerleştirilmelidir. Aynı şekilde müstakbel baba da kendisinden büyük çaba bekleneceği hakkında uyarılmalıdır. Bu sebeplerle ve gebeliğin tedaviyi daha güçleştirebileceğinden, egere bir çocuk isteğinde yoksa, bir doğum kontrol yöntemine müracaat edilir.

Oral kontraseptiflerin SLE'u indüklediği veya alevlendirdiği hakkında bir bulgu mevcut değildir. SLE'lu hasta da, genel popülasyondaki gibi, bu ilaçların aynı komplikasyonlarına adaydır. Oral kontraseptifler tromboflebit ve hipertansiyonu teşvik ettiği eskidenberi bilinir. Bu durumlara nadir olmayarak SLE de rastlanıldığından, başka bir doğum kontrol yöntemine başvurmak daha akılcı olur.

Rahimiçi araçlar kullanılmaktadır. Fakat SLE'lu hastada, yaklaşık % 50 vakada çıkarılmayı icap ettiren komplikasyonlara rastlanıldığını bildiren yayınlar mevcuttur. Dismenore, menoraji ve sık enfeksiyonlar karşılaşılan başlıca sorunlardır⁴.

Bariyer yöntemleri: Diafragma kullanılmasına burada bir kontrendikasyon yoktur. Birçok hasta için seçkin bir metoddur.

SLE VE GEBELİĞİN ETKİLEŞİMİ :

Gebeliğin seyri ve akibeti üzerine SLE'un bir takım etkileri vardır. Fertilitite oranları SLE'da normaldir. Amenore, hastalık aktivasyonu esnasında veya steroid tedavisinin bir sonucu olarak meydana gelebilir⁵. SLE da dikkati çeken oranda çocuk kayıpları vardır. Spontan abortus oranı % 10 ile % 40 arasında oynar^{5, 1, 3}. Abortus sıklığı hastalığın aktivitesi ile ilgili değildir. Vakaların % 10-36 sı arasında prematüre doğumlar görülür⁷.

Spontan abortus veya prematüre doğumlar üzerine, kortikosteroidlerle tedavinin, bir etkisi olmadığı bilinir^{5, 7, 8}.

SLE üzerine gebeliğin ne gibi etkileri olabileceği de önemlidir. SLE'un seyri gebelik evvelden kestirebilecek bir değişiklik yapmaz. Her gebelikle izole ayrı bir olaydır, burada hastalık stabil kalabileceği gibi alevlenmeler veya remisyon girme de vuku bulabilir. Daha sonra ki bir gebeliğin seyri hakkında bir önceki gebeliğe bakarak bir prognostik yorum yapılamaz. Remisyon esnasında gebe kalan hastalarda, remisyonunda kalma eğilimi vardır. Bu eğilim, konsepsiyondan önceki remisyon süresiyle etkilenmez. Dolayısıyla gebe, kalmak isteyen hastaya bir remisyonu beklemesi tavsiye edilir.

SLE'LU GEBEYE YAKLAŞIM VE TEDAVİDE PRENSİPLER :

SLE'lu hastalar, sıhhatli gebelerle karşılaştırılırsa mortalite insidensinin arttığı görülür. Fakat gebelik mortaliteyi anlamlı derecede değiştirmez. Postpartum ilk sekiz hafta esnasında alevlenmelerde açık bir artış vardır. Renal hastalık gebelik esnasında sıklıkla daha ciddi olur. Böbrek tutulumu olan hastalara gebe kalmaması önerilir. Bunun gibi ağır kardiyak tutulum gebeliğe bir kontrindikasyon teşkil eder.

Terapödik abortusun, altta yatan hastalık sürecini iyileştirdiği, gözlenmemiştir. Hastalığın semptomları, nadir olmayarak bu girişimi takiben, şiddetlenir. Medikal sebeplerle, ağır renal hastalığın varlığında bile, gebeliğin sonlandırılması tavsiye edilemez^{3, 7, 12}.

Gebelik esnasında rutin maternal yaklaşımda dikkat edilecek bazı hususlar vardır. Aspirinin ihtiyaca cevap verdiği artralji veya hafif artrit haricinde SLE'lu gebe hastada kortikosteroidler tedavide tercih edilen droglardır. Prednizon hastalık aktivitesini bastırmak için yeterli dozda verilmelidir. İhtiyaç olunan dozaj, tutulan organ sistemine bağlı olarak, 100 mg üzerinde veya 10 mg kadar az da olabilir. Alevlenmeler şiddetle tedavi edilmelidir. Her ne kadar yeni doğanda nadir damak yarığı ve adrenal yetmezlik vakaları bildirilmiş olsa bile, kortikosteroidler gebelikte relatif olarak emindirler². Hydroxychloroquine ve sitotoksik ajanlar gebelikte kullanılmış olsada, bunların rutin kullanım tavsiye edilmez⁷.

SLE'lu hastaların sıklıkla ateşi olur. Steroidler semptomları maskeleyebileceğinden, asemptomatik hastada da, ısı artışının altta yatan hastalığa ilave olmadan önce, infeksiyonun ayrılması akılcı olur.

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS'UN OBSTETRİKTEKİ YERİ

Lupus nefritinin klinik tablosu, gebelik toksemisinin aynen benzeri olabilir. Her iki hastalık antitesinde proteinüri periferik ödem, ve hipertansiyon görülebilir. Toksemi sıklığının SLE da artmış olup olmadığı, açık değildir. Lupus nefritinin sıklıkla gebelikte ortaya çıkacağı veya ilerleyeceği bilinir. Bu iki noktayı gözönüne alarak, bu klinik çıkmaza ait spesifik tavsiyeler yapılamaz. Terme yakın bu semptom kompleksli hastaları doğurtmak, fakat gebeliğin erken dönemindekileri yakın takip altında bulundurmak ve bunları muhtemel lupus nefriti teşhisiyle kortikosteroidlerin yüksek dozlarıyla tedavi etmek makul görülüyor. Bu açıkça, bakımın kişiselleştirilmesi ve mevcut spesifik klinik değişikliklere dayanması gereken bir alandır. Ağır renal yetmezlikli hastalara hemodializ uygulanır. Bu gebelikte de başarı ile uygulanır⁶. Renal yetmezlik bakımından ilaç dozları uygun şekilde değiştirilmelidir.

SLE'a sekonder valvüler kalp hastalıklı hastalar veya diğer hastalık prosesleri olanlar doğumdan önce profilaktik olarak antibiyotik almalıdır. Travay esnasında da dikkat edeceğimiz bazı noktalar vardır. Travaydan önce ki sene içinde, iki veya daha fazla hafta boyunca steroidlerle tedavi edilen SLE'lu herhangi bir hastada doğumdan adrenal süpresyon olabileceği düşünülmeli ve kortizon ile tedavi edilmelidir. Böyle hastalar için normal travay ve doğumda, sectio cesarea ve elektif cerrahide, sonraki takiplerde aşağıdaki tavsiyeleri dikkate almalıdır.

Normal travay ve doğumda, ağrıların başlamasıyla 100 mg kortizon asetat İ.M. yapılır ve doğum tamamlanana kadar her sekiz saatte bir aynı doz tekrarlanmalıdır.

Acil bir sectio cesarea da 100 mg kortizon asetat İ.M. yapılmalı, cerrahi müdahale esnasında ise 100-200 mg hidrokortizon süksinat İ.V. yoldan verilmelidir. Elektif cerrahi girişimde de benzer bir uygulama yapılır. 100 mg kortizon asetat ameliyattan 24 saat önce İ.M. yoldan ayrıca verilir. Herhangi bir zamanda adrenal yetmezlik belirtileri ortaya çıktığı görülürse örneğin açıklanmayan abdominal ağrı, ağır bulantı ve kusma, hipertansiyon halinde, ilaveten 100 mg hidrokortizon süksinat İ.V. yoldan verilmelidir. Komplikasyonlar çıkmadığı müddetçe, kortizon dozu sonraki birkaç gün içinde azaltılarak idame dozuna inilmelidir. En az postpartum sekiz hafta boyunca idame dozuna devam etmelidir. Çünkü bu zaman periodu içinde sıklıkla karşılaşılabilen alevlenmeler, böylece önlenbilir.

SLE'UN YENİDOĞAN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:

Yenidoğanlar üzerine SLE'un ne gibi etkisi olabileceği de merak konusudur. Ailevi SLE'un yaklaşık % 2 civarında insidensi olmasına rağmen, genetik danışmalığın zamanımızda SLE'lu hastaya oldukça az yararı vardır. Potansiyel genetik geçişi tayin edecek spesifik testler halen mevcut değildir.

Tam miadında doğan bebeklerde perinatal mortalite artmamıştır. Genellikle sekiz hafta ile altı ay arasındaki bir süre içinde iyileşen diskoid lupuslu nadir vakalar yenidoğanda bildirilmiştir¹⁰.

1 g G sınıfı antikörlerin transplasental geçişi yenidoğanda geçici müspet antinükleer antikörlerin tesbit edilmesine yol açabilir. Bu bulgu hastalık aktivitesiyle bir korelasyon göstermez. Antikörlerin kan komponentlerine plasental geçişide bazen görülebilir, yenidoğanda geçici lökopeni, trombositopeni veya hemolitik anemiye sebep olur⁹. Her ne kadar bu problemler kendinden sınırlı olmasına rağmen, trombositopeni ve anemi kortikosteroidlerle tedaviye ihtiyaç gösterebilirler. Bir coombs testi ve trombosit sayımı doğumdan önce yapılırsa bu problemler evvelden önlenir. SLE'lu annelerden doğan bebeklerde bazen tam kalp bloku görülmüştür¹¹. Pranatal fetal kalp hızının dikkatli olarak izlenmesi, kalp bloğunun farkedilmesine olanak sağlar. Bu ise daha sonra ki bir tarihte lüzumsuz bir sectio cesarea'yı önleyebilir.

Bu çalışma kliniğimizde 1.6.1983 - 9.2.1987 tarihleri arasında gerçekleşen 666 doğumdan birinde, gebeliğinin üçüncü ayından sonra kortizonla takip edilen ve sıhhatli bir kız bebek doğuran bir vaka münasebetiyle, literatür incelenerek hazırlanmıştır.

KAYNAKLAR:

1. Bear, R.: Pregnancy and lupus nephritis. *Obstet Gynecol.* 47:715, 1976.
2. Bongiovanni, A. M., Mc Padden, A. J.: Steroids during pregnancy and possible fetal consequences. *Fertil. Steril.* 11:181, 1960.
3. Donaldson, B. L., De Alvarez, R. R.: Further observations on lupus erythematosus assoceated with pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 33:1461, 1962.
4. Du Bois, E. L.: *Lupus Erythematosus.* University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
5. Fraga, A., et al.: Sterelety and fertility rates, fetal wastage and maternal morbidity in systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 1:293, 1974.

SISTEMİK LUPUS ERITEMATOSUS'UN OBSTETRIKTEKİ YERİ

- 6. Garsenstein, M., Pollak, V. E., Kark, R. M.:** Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 267:165, 1962.
- 7. Grigeor, R. R., et al.:** Outcome of pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Proc. R. Soc. Med.* 70:99, 1977.
- 8. Mitva, S., et al.:** Periodic hemodialysis in pregnancy. *Am. J. Med. Sci.* 259:333, 1970.
- 9. Schaller, J. G.:** Lupus phenomane in the newborn. *Arthritis Rheum (Suppl. 20):* 312, 1977.
- 10. Vonderheid, E.C., et al.:** Neonatal lupus erythematosus. *Arch. Dermatol.* 112:698, 1976.
- 11. Winkler, R. B., Nora, A. H., Nora, J. J.:** Familial congenital complete heart block and maternal systemic lupus erythematosus. *Circulation.* 56:1103, 1977.