

PREEKLAMPSİ'DE ERKEN TANI VE ÖNEMİ

Deniz YILMAZ*

Bu makalede, preeklampsii, erken tanısı ve erken tanının önemi özetlenmiştir.

Preeklampsii deyimi altında, çoğunlukla gebeliğin 24. haftasına dek normal olan bir gebede 24. haftadan sonra hipertansiyon, ödem ve proteinüri görülmesiyle karakterize olan ağır ve hafif hastalıklar toplanır (12,14,19). Bu üç semptom aynı hastada her zaman beraber bulunmaz. En sık görülen semptom hipertansiyondur. Ağır vakalarda üç kardinal semptomla başağrısı, görme bozuklukları ve akut epigastrik ağrısı gibi subjektif semptomlarla, reflekslerde artma, motorik huzursuzluk, bilinç bulanıklığı gibi objektif semptomlar eklenmiştir. Preeklampsii semptomlarının üzerine konvülsiyonların eklenmesi eklampsiyi oluşturur.

GÖRÜLME SIKLIĞI

Preeklampsii tüm gebeliklerin % 2.5-10 T unda meydana gelir (3,10). Ancak bazı gruplarda daha sık görülür. Örneğin, genç ve yaşlı primigravidae'ler de (20 yaşından küçük, 35 yaşından büyük) görülme sıklığı % 10-30 arasındadır (15,17).

Kronik hipertansiyonlu gebelerde, kronik hipertansiyona eklenmiş preeklampsii beş kez daha fazla görülür (/ 25-35). Şişmanlık, çoğul gebelik, polyhidramnios, büyük fetüs ve molar form durumlarında da daha sık görülür (1,2,3,9,17). İlk gebeliklerinde preeklampsii gelişen gebelerin, sonraki gebeliklerinde daha sıklıkla preeklampsii oluştuğu, bunun aksine birinci gebeliği normotensif olan gebelerin ikinci gebeliklerinde ise en düşük düzeyde preeklampsii geliştiği saptanmıştır (3). Gelişmekte olan ülkelerde, gebeler doğum öncesi yetersiz bakım aldıkları, az ve kötü beslendikleri için preeklampsii en sık olarak görülmektedir (8,13,14,17). Preeklampsinin görülme oranının ideal koşullarda iyi bir doğum öncesi bakımla % 2.5 'a kadar düşebile-

* E.U.Hemş.Y.O.Kaçın Hast.ve Doğum Hemş. Araştırma Görevlisi (Dr.)

ceği bildirilmiştir (3).

ETYOLOJİ

Preeklampsinin etyolojisi yıllardır araştırılmasına karşın bugüne kadar tam olarak belirlenememiştir (3,5,6,7,11). Amerika'da bir doğum hastanesinin duvarında teoriler hastalığı olarak isimlendirilen preeklampsinin nedenini bulacak olan araştırmacı= adının kazınacağı boş bir taş levha bulunmaktadır. Pek çok araştırmacı grupları bu onuru elde etmek için birbiri ile uyumlu olmayan teoriler üzerinde çalışmaktadırlar (7).

Bugüne kadar tartışılan çok sayıda varsayımdan muhtemelen iki özellik etyolojide rol oynamaktadır.

a- Heredite

Kalıtsal olarak hipertansif regülasyon bozukluklarına eğilimi olan kadınlar preeklampsiye dispozedir.

b- Utero-plasental İskemi

Klinik ve deneysel incelemeler utero-plasental dolaşım yetersizliğinin preeklampsinin nedeni olabileceğini doğrulamaktadır (6,11,16,19). Bu, büyük olasılıkla tromboplastinin serbest kalması, intravasküler koagülasyonla birlikte plasental dejenerasyonla sonuçlanmaktadır. Uterus duvarının aşırı gerilmesi durumlarında preeklampsinin sık görülmesi plasenta dolaşımının azalmasının preeklampsinin nedeni olabileceğini destekler niteliktedir. Çoğul gebelik, hidramnios, molhidatiform, hidrops fetalis olgularında preeklampsi görülme sıklığı oldukça fazladır. Page'in ileri sürdüğü varsayıma göre plasenta dolaşımı= da intrensek (plasental dejenerasyon) etkenlerle bozulması plasenta ve desiduanın metabolizmalarını bozar. Bu dokularda kortikosteroidler ve histaminoidler salgılanır. Bu maddelerde yatkın olan gebelerde preeklampsiye yol açmaktadır.

SEMPTOMLAR

Preeklampsi, hipertansiyon, ödem ve proteinüri semptom üçlüsüyle karakterizedir (19). Ancak bu semptomlardan ikisi hatta yalnız birinin bulunduğu olgularda az değildir.

L Hipertansiyon

Preeklampsinin en erken uyarıcısı aniden ortaya çıkan hipertansiyondur (14).

2. Ödem

Preeklampsinin ikinci sıklıktaki belirtisi ödemdir (14,17). Ani kilo artışı şeklinde kendini belli eder. Preeklampsi olguları

incelendiğinde bu ani kilo artışının, tamamen dokularda su tutulmasına bağlı olduğu ortaya çıkar. Bu tip kilo artışları gizli ödemi gösterir. Daima gözle görülebilir yüz ve parmak ödeme öncülük eder. Gebelerde haftada yarım kilodan fazla artış şüpheli olarak kabul edilmeli ve bu olgularda kan basıncı ölçümleri sıklaştırılmalıdır. Şüpheli ödem araştırılırken, gebeye, nikah yüzüğünün parmağını sıkıp sıkmadığı sorulmalıdır, çünkü parmak ve yüz ödemi ayak bileklerinin şişmesinden daha değerli bir preeklampsi belirtisidir.

3. Proteinüri

Diğer bulgularla beraber veya onlar olmaksızın aniden proteinüri başlaması daima preeklampsiyi düşündürür (14). Mikroskopik incelemeyide içeren tam bir idrar analizi, proteinürinin nedeni olabilecek bir enfeksiyon olasılığını, dışlamaya yardımcı olur. Proteinüri, ödem ve hipertansiyondan genellikle daha sonra ortaya çıkar ve bu nedenle de diğer iki bulguya proteinüri eklenmesi önemli bir belirti olarak değerlendirilmiştir.

ERKEN TANI

Preeklampsi olgusunun, belirtilerin ve semptomların görülmesinden çok önceleri başladığı bilinmektedir (17).

Preeklampside erken tanı, risk faktörlerinin güvenilir doğum tarihin ve kan basıncı baz değerlerinin saptanmasına dayanan titiz bir doğum öncesi izleme programı ile olasıdır.

A. Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Kesin olmayan etyolojik teorilerin ışığında yüksek risk faktörleri olarak (2,17) ;

1. Yaş (20 yaşından küçük, 35 yaşından büyük primigravidalar),
2. Primigravidalar,
3. Molhidatiform, çoğul gebelik, büyük fetüs, hidramnios,
4. Damarsal hastalıklar,
5. Yetersiz ve kötü beslenme,
6. Zayıf ve şişman beden yapısı,
7. Daha önceki gebelikte preeklampsi öyküsü olması sayılabilir.

B. Gebelik Haftasının Saptanması

Gebelikteki hipertansiyonun nedenini belirleyebilmek ve uygun sağıltım yöntemine karar verebilmek için, gebelik haftasının bilinmesi gereklidir (17).

İlk basamakta "Nagale" kuralına göre gebenin olası doğum tarihi hesaplanır. Olası doğum tarihinin saptanması için ikinci adım, uterus fundus yüksekliğine LLeopold manevrası ile bakılmasıdır. Her iki hesaplama birbirine uyuyorsa beklenen doğum tarihi güvenilir bir şekilde hesaplanmış demektir. Kesin olmayan durumlarda ultrasonografi ile fetüsün bipariyetal çapı ölçülerek güvenilir gebelik haftası bulunabilir.

C. Kan Basıncı Baz Değerinin Colçülmesi

Arteriyal kan basıncı değerleri, gebelik boyunca sabit kalmayıp normal olarak bir eğri çizmektedir. Gebelik öncesi veya gebeliğin ilk trimestrindeki kan basıncı değerlerinin elde edilemeyişi, daha sonraki gebelik dönemlerindeki kan basıncı değerlerini yorumlamayı güçleştirir. Kan basıncının baz değerinin bilinmeyişinden ve normal olarak gebeliğin II trimestrindeki kan basıncı değerlerinin normalden düşük olması nedeniyle, önemli yükselmeler büyük görülmeyebilir (14,17). Pek çok diğer faktörlerde kan basıncının belirlenmesindeki hassaslığı etkiler. Bu nedenle doğum öncesi izlemelerde kan basıncı, gebe aynı konumdayken, aynı kolun aynı yerinden ve **aynı** tansiyon aletiyle ölçülmelidir.

ERKEN TANI

Preeklampsi ve eklampsi, gebelikte çok sık görülen bir komplikasyon olup, anne ve fetüs ölümlerinin en büyük nedenidir (4). Ölü doğum, neonatal ölüm, intrauterin gelişme geriliği, prematüre doğumlarla birlikte hayatta kalabilen yenidoğanların bir kısmında yaşamları boyunca sakat kalmaları olasıdır (18).

Preeklampsinin iyi bir doğum öncesi bakımla önlenebilen bir gebelik hastalığı olduğu bilinmektedir (3). Önleme gebelerin doğum öncesi dönemde titiz, planlı izlenmeleri ve eğitilmeleriyle olasıdır.

Gebe izleme ve eğitim programlarında, özellikle risk grubuna giren gebelere götürülen koruyucu sağlık hizmetlerinin arttırılması ve preeklampsinin erken belirtileri konusunda tüm gebelere yazılı ve sözlü eğitim verilmelidir.

Dikkatli bir doğum öncesi izleme programı ile öncelikle pek çok preeklampsi olgusu daha başlangıçta önlenebilecek ve diğerleride anne ve bebeğin geleceği tatmin edici olacak şekilde düzeltilecektir.

SUMMARY

Early Diagnosis And Importance In Preeclampsia

in this article, preeclampsia, early diagnosis, and importance of early diagnosis are summarized.

KAYNAKÇA

1. Adamson, J.J. Safeguarding Motherhood, 7 th ed, J.B.Lippincott Comp., Philadelphia, and Toronto, 1976, p.88.
2. Alvarez, R.R. Preeclampsia-Eclampsia and Other Hypertensive Disorders in Pregnancy, Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 3RD Edt., Lange Medical Publications, LosAltos California, 1980, ss.707-723.
3. Ayhan, A. ve ark. : "Gebelik Toksikozlarında (GEPH Kompleksi) Perinatal ve Maternal Mortalite", Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni, 13:4, 407-414, 1980.
4. Barnes, F.E.F, Editör. Ambulatory Maternal Health Care and Family Planning Services Policies, Principles, American Public Health Assoc, Washington, 1982.
5. Bilir, Ş. : Ana ve Çocuk Sağlığı. Iİ. Baskı, Hacettepe Uni.Yayınları, Ankara, 1978, ss.44.
6. Cavanagh, D. and others. : "Eclampsigenic Toxemia : The development of experimental model in the subhuman primate", Am.J.Obstet. Gynecol.,120:2: 187, 1974.
7. Drije, J. : "The Cause of Pre-eclampsia", Med.Digest, 9:10, 5-11. 1983.
8. "Effects of Childbearing on Maternal Health", Population Reports. Series J, Number 8, 126, 1975.
9. Güneşli, U.; Taşkın, L. : "Gebeliğin Fizyolojisi ve Beslenme", T.H.D. 2:15, 1982.
10. Kişnişçi, A. ve ark.: "Beş Yıllık Doğum Materyalinin Klinik Değerlendirilmesi", Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni, 10:301-315, 1977.
11. Kösebay, D.: "Gebelik Toksemisinde Etio-patogenez", Zeynep Kamil TIP Bülteni, 9:118, 1977.
12. Mc Cartney, C.P.: "Hypertension in Pregnancy", Obstet.and Gynec.Annu 2:85-103, 1973.
13. Porapakham, S. : "An Epidemiologic Study of Eclampsia". Obstet. Gynecol, 54:1, 26-29, 1979.

- 14.Reeder, S.; Mastroianni, L.; Martin, L.L. : Maternity Nursing, 14 th ed., Lippincott Comp., Philadelphia, 1980, p.519.
- 15.Ταşkıν, L. : "Gebelik ve Ana Çocuk Sağlığı", T.H.D., Sayı:3-4, 1977.
- 16.Willis, S.E. : "Hypertension in Pregnancy : Pathophysiology", Am.J.of Nurs., 82:792-797, 1982.
17. Willis, S.E.; Sharp, E.S. : "Hypertension in Pregnancy : Prenatal Detection and Management", Am.J.of Nurs., 82:798-800, 1982.
- 18.Υılmaz, D. : Gebelerde Planlı Eğitim ve izlemenin Preeklampsi ve Eklampsi Grlme Sıklığına Etkisinin Araştırılması. Doktora Tezi, E.U.Hemřirelik Yüksek Okulu, izmir, 1984.
- 19.Υılmaztrk, M. : Pratikte Obstetrik. Bilgehan Basımevi, izmir, 1979, ss.64-73.