

Yorum

Gebelik ve Kronik Renal Yetersizlik

Meltem AYAZ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları/Nefroloji Bilim Dalı - İstanbul

Kronik böbrek yetersizliğinde olan gebe hasta karşımıza daha önce bilinen böbrek hastalığı takip edilmekte iken, “gebe kalabilir miyim” sorusu ile gelebilir. Ancak maalesef daha sık olarak, böbrek yetersizliği, gebelikte ilk trimesterde ortaya çıkan hipertansiyon, ya da patolojik idrar bulgusu ile karşımıza çıkmaktadır. Burada yöneltilen soru, “gebeliği sürdürebilir miyim”dir. Her iki olasılıkta da karar verilmesi gereken husus renal disfonksiyonun tanımlanması ve gebelik üzerine şimdiye dek belirlenmiş etkileridir. Hem anne, hem de fetüs için karar verebilmek amacı ile elde edilmiş sonuçları gözden geçirip, gebeliğin devamı için olumlu yaklaşımlarda olmak görevimiz ve arzumuz olmalıdır.

RENAL STATUS

Böbrek yetersizliği plazma kreatinin seviyeleri-ne göre hafif, orta dereceli ve ağır diye sınıflandırılabilir. Oldukça iyi muhafaza edilmiş böbrek fonksiyonunda, burada genelde hipertansiyon da gözlenmez, plazma kreatinin seviyesi 1,4 %mg'den düşüktür.

Bilindiği gibi normal gebelikte glomerüler fonksiyon ilk trimesterde fizyolojik olarak %50'ye kadar artabilmektedir ve normalde 0,8 %mg olan plazma kreatinin değeri ilk trimesterde 0,4 %mg olarak belirlenir. Normal sınırlarda görülen 1%mg'lik bir kreatinin değeri, aslında hafif dereceli bir böbrek yetersizliğinin göstergesi olabilir. Bu nedenle biz hastaların yalnızca plazma kreatinin değerlerine göre değil, aynı zamanda glomerüler filtrasyonlarıyla (GFR) takip edilmesi gerektiğini vurgulamaktayız.

Orta dereceli renal yetersizlik 1,4%mg plazma kreatinin seviyelerinde mevcuttur ve bu hastaların bir kısmında hipertansiyon da tabloya eşlik eder. Ağır dereceli böbrek yetersizliği ise plazma kreati-

nin seviyeleri 2,8 %mg'dan fazla ise mevcuttur ve genelde hipertansiyon vardır.

GEBELİKTE KOMPLİKASYONLAR

Gebelikte komplikasyon denilince en başta hipertansiyon ve buna bağlı fetüsta gelişme geriliği söz konusudur, anne açısından preeklampsi ve eklampsi riskleri ve renal yetersizliğin ilerlemesi kastedilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, çok sayıda merkezin verilerini toplayarak 28 haftasını tamamlamış 1902 kadının 2813 gebeliğini incelemiştir (3). Bu inceleme 1973-1993 yıllarını kapsamaktadır. Hafif dereceli böbrek yetersizliği olan kadınların yalnız %26'sında komplikasyon kaydedilmiştir. Orta dereceli böbrek yetersizliği olanlarda %47 sıklığında komplikasyon ile karşılaşmıştır, ağır dereceli yetersizlikte bu yüzde 89'ya ulaşmıştır.

OBSTETRİK SONUÇ

Yine 1902 kadın ve 2813 gebelikte, 28 haftayı tamamlamış gebeliklerde 1979 ile 1993 yılları arasında yapılmış olan istatistikte, hafif dereceli böbrek yetersizliğinde olan kadınların %96'sında başarılı sonuçlanmıştır. 28 haftadan önce komplikasyon ortaya çıktığında ise bu yüzde 86'ya düşmektedir. Orta derecede yetersizliği olan kadınlarda obstetrik başarı %89'dur ve ağır dereceli yetersizlikte %46'ya düşmektedir. Ancak burada da komplikasyon 28'inci haftadan önce ortaya çıkmış ise, orta derecede yetersizliği olanlarda %59 ve ağır dereceli yetersizliği olanlarda %8'inde başarılı sonuç gözlenmekte imiş.

HİPERTANSİYON ETKİLERİ

Surian ve Cosi'nin (1) 86 kronik renal yetersizliği olan 123 gebelikte yaptıkları bir araştırmada, renal yetersizliği olan hastalara hipertansiyonun eş-

lik edip etmemesinin intrauterin gelişme geriliğini çok etkilediğini göstermişlerdir. Normotansif olanlarda gelişme geriliği %2,3 iken, hipertansif olanların %15,6'sında gelişme geriliği saptanmıştır.

FETAL MORTALİTE

Jungers ve Forget'in (2) yaptıkları bir araştırmada hipertansiyon ile fetal mortalite ilişkisi araştırılmıştır. Birinci trimesterden beri var olan ve kontrol edilen bir hipertansiyon seyri gösteren gebeliklerde fetal mortalite %20, ancak birinci trimesterden beri var olup, kontrol edilmemiş hipertansiyonda fetal mortalite %100'ü bulmaktadır. Yalnız üçüncü trimesterde var olan hipertansiyon %12'lik bir fetal mortalite ile gitmektedir.

Renal yetersizlikte ilerleme olmaz ve hipertansiyon gelişmez ise, fetal mortalite %10'larda kalmaktadır, ancak her ikisinde de kötüleşme söz konusu olur ise, fetal mortalite %40'lara ulaşmaktadır.

NASIL TAKİP EDELİM?

- 32. haftaya kadar 2 haftada bir.
- 24 saatlik Proteinüri ve glomerüler filtrasyon ölçümü (GFR),
- Kan basıncı ölçümü şart, hastanın kendisi yapabilir, (1-3/gün),
- Preeklampsi için sürekli tetikte olmak gerekir,
- Fetüsün gelişme takibi (en ince yöntemleri kullanılarak),
- Erken, gizli bakteriüri ve üriner enfeksiyon teşhisi ve tedavisi şart.

HEMODİYALİZDE GEBELİK

Çok nadirdir. Genelde amenore, anovuluar siklüsler ve sıklıkla fark edilmeden erken abortus ile sonuçlanan gebeliklerdir. Ancak 200 hastada bir olma olasılığı vardır. Dikkat edilmesi gereken hususlar şöyle sıralanabilir:

- Serumda üre %70 mg'dan düşük tutulmalıdır,
- Hemodiyaliz sıklığı ve süresi %50 kadar artırılmalıdır,
- Kan basıncı ayarı çok rijid yapılarak ne düşüşe ne yükselmeye izin tanınmalıdır,
- Hemodiyaliz kontraksiyonu provoke etmektedir ve hastanın etken doğurtulması gerekebilir,
- Hiperkalsemiden diyalizde kaçınılması gerekir, kontraksiyonu indükleyebilir.

Bu hususta tabii tartışılması gereken çok yönlü sorunlar vardır. Bunlar tıbbi olanların yanında sos-

yal ve psikolojik konuları kapsamaktadır, ancak bu yazı içinde maalesef buna değinmek mümkün değildir.

TRANSPLANTASYONDA GEBELİK

Bazı kadınlar renal yetersizlikte ve hemodiyaliz dependan iken, o kadar çok çocuk sahibi olmak istiyorlar ki, transplantasyon hazırlıkları hep buradan motive oluyor. Son yapılmış olan istatistiklerden biri 1407 hastanın 1902 gebeliğinden elde edilmiştir. Gebelikte komplikasyon bu hastaların %49'unda olmaktadır, başarılı obstetrik sonuç %92'sinde vardır ve uzun süreli sorunlar, örneğin renal yetersizlikte ilerleme (greftte fonksiyon azalması), ya da hipertansiyon agravasyonu, %12'sinde oluşmaktadır. Preeklampsi bu hastaların %30'sunda vardır ve preterm doğum %60'a varmaktadır. Buna rağmen hastanın gebe kalmasına izin vermek zor ve yine diyaliz hastasında olduğu gibi çok kapsamlı bir sorumluluktur. Tıbbi yönden ancak şu şartlarda gebeliğe izin verilebilir:

- Greft fonksiyonları en azından iki yıl iyi olmalıdır,
- Proteinüri ya hiç, ya da çok az olmalıdır,
- Hipertansiyon olmamalıdır,
- Stabil renal fonksiyon şarttır ve plazma kreatinin seviyesi 2%mg'dan az olmalıdır,
- Pelvikaliektazi olmamalıdır,
- İmmünespresif tedavide

Prednison	< 15 mg/gün
Azathioprine	< 2 mg/kg/gün
Ciclosporin	< 5 mg/kg/gün

idame dozlarına düşülmüş olmalıdır.

Tüm bu makalede söylenenler, iyi bir takip ile kronik renal yetersizlikte olan kadınların gebeliklerini sürdürebilme ve çocuk sahibi olabilme şanslarını irdelemek ve mümkün olduğunu vurgulamak içindir. Kanımca, multidisipliner çalışmanın gerekliliği de bir kez daha ispatlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Surian M, İmbasciati E, Cosi P, Banfi G, Barbiano di Belgioso G, Minetti L, Ponticelli C.: Glomerular Disease and Pregnancy. A study of 123 pregnancies in patients with primary and secondary glomerular diseases. *Nephron* 1984; 36: 101-5.
2. Jungers, P, Forget, D, Henry-Amar, M, et al: Effect of Blood Pressure or Renal Deterioration on Fetal Mortality in 240 Pregnancies in 122 Women With Chronic Renal Failure.
3. Jacobson, H.R, Striker, G.E, Klahr, S: The Principles And Practice Of Nephrology. Second Edition, Mosby 1995. ISBN 0-8016-8066-2