

Gebelikte Hipertansiyon/Tanım ve Sınıflandırma

Cihat ŞEN, Rıza MADAZLI, Vildan OCAK
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Perinatoloji Bilim Dalı

Hipertansiyon tüm gebeliklerin %7 ile 10' una eşlik eder. Hipertansif bozukluklar gebelikte en çok görülen medikal komplikasyon olup, maternal ve perinatal mortaliteyi anlamlı olarak artırır⁽¹²⁾.

The Comitte on Terminology of the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) gebelikte hipertansiyon tanısı için 6 saat ara ile elde edilen iki kan basıncı değerinin 140/90 mmHg veya üzerinde bulunması ya da 20. gebelik haftasından önce ölçülen kan basıncı değerinden sistolik 30 mmHg veya daha fazla, diastolik 15 mm Hg veya daha fazla yükselme tespitini gerekli görmektedir @ Mac Gillivary ve Sibai diastolik kan basıncındaki 15 mm Hg'lık artışın normotensif gebelerin çoğunda görüldüğünden dolayı gebelikte hipertansiyon tanısında kullanılmasını sakıncalı bulmaktadır (4,5) Neferi ise 90 mm Hg'nın üzerinde distolik kan basıncı bulgusunu hipertansiyon olarak tanımlamaktadır (6). Ölçülen kan basıncı değeri kullanılan aletin doğruluğuna, kılıfın büyüklüğüne, gebenin postürüne, anksiyetesine, diastolik kan basıncı için kullanılan Korotkoff fazına (4 veya 5) göre değişir. Tüm kan basıncı ölçümleri gebe oturur pozisyonda iken sağ koldan ve kol kalp hizasında iken yapılmalı ve 4. Korotkoff fazı diastolik katı basıncı değeri için kullanılmalıdır ⁷

Kan basıncı yüksekliği bir semptomdur ve farklı nedenlerde dolayı oluşur. Bir gebede tespit edildiğinde; anne ve fetus üzerine etkisi alatta yatan nedene bağlı olarak farklılık arzeder. Bundan dolayı gebelikteki hipertansif bozuklukların sınıflaması, hastalığın prognozunun belirlenmesi, yükselmiş kan basıncının ve gebeliğin yönetimi, maternal ve fetal risklerin tespiti açısından son derece önemlidir ve bu amaçlara hizmet etmelidir. Sınıflama konusunda dünyada çok çaba harcanmıştır ve değişik sınıfla-

malar öne sürülmüştür Fakat bugün bile tam bir fikir birliğine varılamamıştır. Sibai'ye göre gebelikteki hipertansif bozuklukların doğru tanımı ve sınıflandırılabilmesi preeklampsiye özgü bir belirtecin tespiti ile mümkün olacaktır (8).

Gebelikte tespit edilen hipertansiyon etyolojik olarak tamamen farklı iki gruba ayrılır. Birincisi gebeliğin neden olduğu, gebelikte ortaya çıkıp, doğum ile geriye dönen, "gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon", ikincisi ise herhangi bir nedene bağlı olarak gebelikten önceden mevcut olan ve gebeliğe eşlik eden "kronik hipertansiyon" dur.

Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon, insanlara özgü bir hastalıktır. Hastalığa İngiliz literatüründe 60'dan fazla, Alman literatüründe ise 40' dan fazla isim verilmiştir. Kullanılan isimlerden başlıcaları; preeklampsi, toksemi, toksikoz, gestoz, gestasyonel hipertansiyon, EPH (ödem, proteinüri, hipertansiyon) sendromu ve proteinürik hipertansiyondur. Terminolojideki bu karışıklığın nedeni hastalığın etyolojisinin ve fizyopatolojisinin kesin olarak bilinmemesidir. Hastalığın oluşumu ile ilgili görüşlerdeki değişikliklere bağlı olarak kullanılan isimlerde değişikliğe uğramıştır.

Etyolojisi günümüzde de kesin olarak bilinmemekle birlikte, fetomaternal immünolojik reaksiyondaki bozukluğa bağlı olarak, normal plasentasyon için gerekli trofoblastik invazyonun oluşmaması veya yetersiz oluşması sonucu ortaya çıkan faktör veya faktörlerin uteroplaster ve sistemik dolaşımında endotel hasarına neden olmaları sonucu geliştiği fikri ağırlık kazanmaktadır (9,10,11,12) gu görüşten hareketle hastalık, sistemik bir hastalık olup, yaygın vazospazm ve değişik organlarda hipoperfüzyon ile karakterize bir sendromdur. Hipertansiyon bu sendromun yalnızca bir klinik bulgusudur ve tespit edildiğinde patoloji, organizmada yerleşmiş ve değişik organlar etkilenmiştir.

Gebedeki mevcut patolojiyi izah etmede ya da gebelik prognozu hakkında bir yorum oluşturabilme maksadı ile, ortaya çıkan semptomlara dayalı olarak, EPH sendromu, gebelik toksikozu ya da gestoz gibi tanımlamalar yapıldığı gibi, yine gözlenen semptomlara bağlı olarak pekçok sınıflamalar ortaya atılmıştır. Ancak 1972'de ACOG tarafından ortaya konulan sınıflandırma yaygın kabul görmüştür (3).

1-Transient hipertansiyon: Gebeliğin ikinci yarısında veya postpartum ilk 24 saat içinde ortaya çıkan proteinüri veya ödemin eşlik etmediği ve doğum sonrası on gün içinde normale dönen hipertansiyon.

2-Preeklampsi: Transient hipertansiyona proteinüri veya ödemin eşlik ettiği olgular.

3-Eklampsi: Preeklampsiye konvülsiyon veya komanın eklendiği olgular.

4-Kronik hipertansiyon: Gebelikten veya 20. gebelik haftasından önce hipertansiyonun var olduğu ve postpartum 6 haftadan daha uzun süre hipertansiyonun devam ettiği olgular.

5-Süperimposed preeklampsi: Kronik hipertansiyon olgularına preeklampsinin eklenmesi.

Yaygın kullanım alanı bulan bu sınıflama basit ve anlaşılır olmasına karşın, gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon kavramını içermemesi, gebelik öncesi kan basıncının bilinmediği olgularda yardımcı olmaması, hafif ve ağır preeklampsiyi ayırmaması ve prognostik grupları belirtmemesi açısından eksikliklere sahiptir.

Aynı grup, 1986 yılında, gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon tanımını ilave ederek ikinci bir sınıflama öne sürmüştür (13).

I-Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon

A-Preeklampsi

1-Hafif

2-Ağır

B-Eklampsi

II-Kronik hipertansiyon

III-Kronik hipertansiyon üzerine eklenmiş gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon

A-Süperimposed preeklampsi

B-Süperimposed eklampsi

Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon tanımını ilave etme amacı ile ortaya konulan bu sınıflamada da prognostik grupları belirtmemekte, bir önceki sınıflamada tanımlanan transient hipertansiyonu içermektedir. Ayrıca superimpose eklampsi kavramı ilave edilmiştir.

1988 yılında Davey ve Mac Gillivray, semptomlara dayalı olarak yeni bir sınıflama ileri sürmüşlerdir (5).

A-Gestasyonel hipertansiyon ve/veya proteinüri: Gebelik öncesi normotensif, nonproteinürik olduğu bilinen gebelerde, proteinüri ve/veya hipertansiyon tespiti.

1-Gestasyonel hipertansiyon (proteinürinin eşlik etmediği)

a-Antenetal dönemde gelişen b-Doğum eylemi sırasında gelişen c-Puerperal dönemde gelişen

2-Gestasyonel proteinüri (hipertansiyonun eşlik etmediği)

a-Antenetal dönemde gelişen b-Doğum eylemi sırasında gelişen c-Puerperal dönemde gelişen

3-Gestasyonel proteinürik hipertansiyon (Preeklampsi)

a-Antenetal dönemde gelişen b-Doğum eylemi sırasında gelişen c-Puerperal dönemde gelişen

B-Kronik hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı:

Gebelik öncesi kronik hipertansiyon veya böbrek hastalığı olduğu bilinen gebelerde hipertansiyon ve/veya proteinüri tespiti.

1-Kronik hipertansiyon (proteinürisiz)

2-Kronik böbrek hastalığı

3-Preeklampsinin eklendiği kronik hipertansiyon

C-Sınıflanamayan hipertansiyon ve/veya proteinüri:

Gebelik, doğum eylemi ve puerperiumda tesbit edilip, sınıflama için yeterli bigiye sahip olmadığımız olgular.

D-Eklampsi: Gebelik, doğum eylemi ve postpartum ilk 7 gün içinde epilepsi ve diğer konvülsiyon nedenlerine bağlı olmaksızın gelişen konvülsiyonlar.

Oldukça karışık olan bu sınıflama önceki sınıflamalardan farklı, prognostik ve klinik yönetime belirgin katkı sağlamayan, semptomlara dayalı bir sınıflamadır. Patofizyolojiye bir açıklık getirememektedir.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Perinatoloji Bilim Dalı'nda, tarafımızdan ortaya konulan ve aşağıda belirtilen sınıflama kullanılmaktadır (¹⁴).

1-Kronik hipertansiyon: Daha önce bilinen hipertansiyonu olan ve/veya fundoskopik tetkikte hipertansif retinopati gözlenen veya puerperium sonrası hipertansiyonu devam eden olgular.

2-Gebelik hipertansiyonu: Gebelikte ortaya çıkan, fundoskopik muayenede hipertansif retinopati gözlenmeyen, proteinürisi olmayan (veya 0.3 gr/l'den az) ve puerperiumdan sonra kan basıncı normale dönen olgular.

3-Hafif preeklampsi: Gebelik hipertansiyonuna proteinürinin eşlik ettiği (0.3 gr/l'den fazla) ve diastolik kan basıncı 90 ile 100 mm/Hg arasında olan olgular.

4-Ağır preeklampsi: Yatak istirahatindeki bir gebede 6 saat ara ile ölçülen diastolik kan basıncı değerlerinin 100 mm/Hg üzerinde olması ve/veya 24 saatlik idrarda 5 gr/l üzerinde proteinüri ve/veya oligüri ve/veya baş ağrısı-skotom-bilinç bulanıklığı gibi serebral veya vizüel bozukluklar ve/veya pulmoner ödem, siyanoz ve/veya epigastrik, sağ üst kadran ağrısı ve/veya HELLP sendromu (hemoliz, karaciğer enzimlerinde bozulma, trombositopeni).

5-Gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon: Kronik hipertansiyona preeklampsinin eşlik ettiği olgular.

6-Eklampsi: Olaya konvülsiyonun eklendiği olgular.

Anne ve fetus üzerine etkisi gözönüne alınarak, kronik hipertansiyon, gebelik hipertansiyonu ve hafif preeklampsi "HAFİF GRUP"; ağır preeklampsi, gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon ve eklampsi ise "AĞIR GRUP" olarak adlandırılmıştır. Kronik hipertansiyon dışındakilerin tümüne birden

"GEBELİĞİN OLUŞTURDUĞU HİPERTANSİYON" olarak adlandırılmıştır.

Sınıflamamızda; kronik hipertansiyon ve gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon ayırımı ortaya konularak, iki grup arasında altta yatan temel patoloji, hipertansiyona olan yaklaşım farkı, maternal-fetal morbidite ve mortalite özellikleri esas alınmıştır. Kronik hipertansiyonda mevcut hipertansiyonun tedavisi ön planda iken, gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon grubunda kan basıncı yüksekliğinin önemi altta yatan patolojinin bir göstergesi olmasıdır. Hafif ve ağır gruplar ortaya konularak prognostik değerlendirme ve gebeliğe yaklaşım prensipleri ortaya konmak istenmiştir. Kliniğimizde 252 olguyu içeren gebelikte hipertansiyon serimizde; kronik hipertansiyonda binde 125, gebelik hipertansiyonunda binde 0 hafif preeklampside binde 118, ağır preeklampside binde 305, eklampside binde 315, gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyonda binde 285 perinatal mortalite tesbit edilmiştir (¹⁴). İntrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite oranı aynı çalışmada ağır grupta, hafif gruptan yaklaşık 4 kat yüksek bulunmuştur. Bu bakış açısı ile; ağır preeklampsi, gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon ve eklampsi, aynı klinik yaklaşım içinde ele alınmalıdır.

Kavram karışıklığını ortadan kaldırmak ve olayı anlaşılır kılmak amacı ile; Sibai, gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon grubundaki formların (preeklampsi, transient hipertansiyon, superimposed preeklampsi ve eklampsi) hepsinin preeklampsi terimi ile ifade edilmesini önermektedir (²). Son yıllardaki yayınların çoğunda, preeklampsi terimi bu anlamda kullanılmaktadır.

Hipertansiyon ve/veya proteinüri semptomu ile karşımıza gelen bir gebenin; preeklampsi, böbrek hastası, kronik hipertansif veya gebeliğin ağırlaştırdığı preeklampsi olup olmadığı ayırımı oldukça güçtür. Ayırım, özellikle, yetersiz tıbbi takibi olan hastalarda; gebelik öncesi kan basıncı ve böbrek fonksiyonları bilinmediğinden daha da güçtür. Gebelikte ilk kez görülen ve önceye ait yönlendirici yeterli bilgi olmayan olgularda; hipertansiyonun kronik yada gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon (preeklampsi ya da gebeliğin ağırlaştırdığı hipertansiyon) olduğunu ayırt etmek olguya olan yaklaşım açısından çok önemlidir. Bu amaçla değişik testler ortaya konul-

muştur: Ürik asit, idrarda kalsiyum atılımı, proteini, karaciğer fonksiyonları, trombositopeni, dopler gibi testler yanında antitrombin-III ve fibronektin son yıllarda üzerinde durulan parametrelerdir (15,16,17) Yapılan bir çalışmada⁽¹⁸⁾ kronik hipertansiyon ile preeklampsi ayırımında; antitrombin-III antijen testinin yararlı olmadığı, ancak fibronektinin %71.1 sensitivite, %100 spesifisite ve %100 pozitif belirleyiciliğe sahip olduğu saptanmıştır.

Hipertansif bozukluklar gebelikte en çok görülen medikal komplikasyon olup, maternal ve perinatal mortaliteyi anlamlı olarak artırırlar. Gebelikteki hipertansif bozuklukların sınıflaması, hastalığın prognozunun belirlenmesi, yükselmiş kan basıncının ve gebeliğin yönetimi, maternal ve fetal risklerin tespiti açısından son derece önemlidir ve bu amaçlara hizmet etmelidir. Sınıflama konusunda dünyada çok çaba harcanmıştır ve değişik sınıflamalar öne sürülmüştür. Fakat bugün bile tam bir fikir birliğine varılamamıştır. Gebelikte tespit edilen hipertansiyon etyolojik olarak tamamen farklı iki gruba ayrılır: Birincisi gebeliğin neden olduğu, gebelikte ortaya çıkıp, doğum ile geriye dönen "gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon", ikincisi ise herhangi bir nedene bağlı olarak gebelikten öncede mevcut olan ve gebeliğe eşlik eden "kronik hipertansiyon" dur. Kronik hipertansiyonda mevcut hipertansiyonun tedavisi ön planda iken, gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon grubunda kan basıncı yüksekliğinin önemi alta yatan patolojinin bir göstergesi olmasıdır. Anne ve fetus üzerine etkisi göz önüne alındığında kronik hipertansiyon, gebelik hipertansiyon ve hafif preeklampsi hafif grup olup aynı yaklaşım içinde ve yine

ağır preeklampsi, gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon ve eklampsi benzer olumsuz etkiye sahip olup, aynı klinik yaklaşım içinde ele alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Zuspan FP: New Concepts in the Understanding of Hypertensive disease during pregnancy. Clinics in Perinatology, 18-4: 653-61,1991
2. Sibai BM: Medical disorders during pregnancy including hypertensive disorders. Curr Opin in Obstet Gynecol, 3:28-40,1991
3. Hughes HC (ed): Obstetric-Gynecologic Terminology. Philadelphia, FA Davis Company,422-23,1972
4. Sibai BM: Pitfalls in diagnosis and management of preeclampsia. Am. J. Obstet Gynecol 159:1-5,1988
5. Davey DA, MacGillivray I: The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 158:892-98,1988
6. Nelson TR: A clinical study of preeclampsia. J. Obstet. Gynecol. Br. Emp. 62:48-57,1955
7. Sibai BM: Preeclampsia-Eclampsia. Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility. 13-1:6-45,1990
8. Sibai BM: Medical disorders during pregnancy, including hypertensive diseases. Curr Opin in Obstet Gynecol. 2:13-22,1990
9. VVallenburg HCS: Prevention of hypertensive disorders in pregnancy. Clin and Exper-Hyper in Pregnancy, B7:121-37, 1988
10. Redman CWG: Immunology of the placenta. Clinics in Obstet. Gynecol., 13-3:469-99,1986
11. Roberts JM, Taylor RN, Munci TJ: Preeclampsia: An endothelial cell disorder. Am. J. Obstet. Gynecol, 161:2000-4,1989
12. Dckker GA, Van Geijn HP: Hypertensive disease in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol, 1:10-28,1992
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of preeclampsia. ACOG Technical Bulletin, 91, February, 1986
14. Şen C, Madazlı R,Erdoğan S, Demirkıran F, Ocak V, Tolun N: Gebelik ve Hipertansiyonda klinik yönetim. Kadın Doğum Dergisi, 1:9-12,1992
15. Taufield PA, Ales K, Resnick L, Druzin M, Gertner JM, Laragh JH: Hypocalcemia in preeclampsia, New Eng. J. Med, 11:675-80,1985
16. Entman SS, Kambam JR, Bradley CA, Cousar JB: Increased levels of carboxy hemoglobin and serum iron as a n indication of increased cell turnover in preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 156:1169-73,1987
17. Weiner CP, Brandt J: Plasma antithrombin II activity: An aid in the diagnosis of preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol 142:275-82,1982
18. Madazlı R, Şen C, Kavuzlu C, Ocak V: The Value of Anti thrombin IU and Fibronektin in Hypertensive Disorders in Pregnancy. Journal of Perinatal Medicine, 1993 (Baskıda)