

Original Article



Gebelikte Preeklampsili Vaka Sunumu

Elifsen Canan Alp Arıcı^a^a Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Batman-Türkiye

Article Information

Received 29 April 2025

Accepted 21 May 2025

Available online 30
June 2025

Özet

Preeklamps, gebelik sırasında komplikasyonlara yol açan ve fetal ile maternal morbidite ve mortalitenin en yaygın nedenlerinden biridir. Bu olguda, preeklampsinin gebelik sonuçları üzerindeki etkisini güncel literatür ışığında yorumlamayı amaçladık.

Anahtar kelimeler:

Preeklamps, şiddetli
preeklamps

Giriş

Preeklamps, gebeliği etkileyen yaygın bir tıbbi hastalıktır ve maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin en sık nedenlerinden biridir. En yaygın maternal etkiler arasında serebral kanama, eklamps ve böbrek yetmezliği ile birlikte yüksek karaciğer enzim değerleri, hemoliz ve düşük trombosit sayıları görülebilir [1]. Preeklampsiyi düşündüren bazı bulgular vardır. Örneğin, yüksek tansiyon, preeklampsinin en önemli bulgularından biridir. Tansiyon genellikle 140/90'ın üzerinde ölçülür. İkinci olarak, idrarda protein varlığı, proteinüri olarak adlandırılır ve yaygın bir belirtidir [5].

Üçüncü olarak, ayaklarda şişlik görülebilir, ancak bu sıvı birikimi göz çevresi, yüz ve ellerde ödem şeklinde de görülebilir. Özellikle sağ üst kadran ağrısı, gebelikte preeklampsiyi gösterebilecek bir diğer bulgudur. Görme bozuklukları ise gözlerde ışık çakmaları, çift görme veya bulanık görme olarak örneklendirilebilir. Ani nefes darlığı ve çarpıntılar da preeklampsiyi düşündüren bulgulardır [6,8]. Gebeliğin 20. haftasından önce 140/90 mm/hg veya daha yüksek tansiyon ölçülmesi, kronik hipertansiyonu gösterir. Tansiyon 150/100 mm/hg ve üzerinde olduğunda, end-organ hasarını önlemek amacıyla farmakolojik tedavi başlatılır.

Gebeliğin 20. haftasından sonra proteinüri olmayan yeni başlayan hipertansiyon durumu ise gestasyonel hipertansiyon olarak adlandırılır [2,3]. Preeklamps, gebeliğin 20. haftasından sonra proteinüri gelişimi ve tansiyonun 140/90'ın üzerine çıkması ile aniden ortaya çıkan bir durumdur.

HELLP Sendromu, preeklampsinin şiddetli bir versiyonudur ve karaciğer enzimlerinin yüksekliği, trombosit sayısının düşük olması ve hemoliz ile karakterizedir. HELLP sendromu, fetal ve maternal morbiditeyi yüksek riskle artırmaktadır [7].

Bu nedenle, komplikasyonlar gebelik öncesi, sırasında ve sonrasında görülebilir. Maternal komplikasyonlar arasında serebral kanama, eklamps ve pulmoner ödem sayılabilirken, prematüreye bağlı komplikasyonlar arasında intrakraniyal kanama, solunum güçlüğü sendromu, nekrotizan enterokolit, retinopati ve sepsis sayılabilir [11]. Şiddetli preeklamps ve preeklampsinin eklampsie dönüşümü, maternal-fetal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerindendir [12]. Özellikle şiddetli preeklamps vakalarının, neonatal yoğun bakım ünitesinde ve 3. seviye sağlık kurumlarında yoğun bakım ve kan merkezleri ile izlenmesi ve tedavi edilmesi gerekir [9].

Eklampsi, daha önce nöbet geçirmemiş olan bir gebede, preeklampsinin nöbetle birlikte görülmesidir. İlk yapılması gereken şey, hava yolunun korunması ve aspirasyonun önlenmesi için oksijen desteği sağlanmasıdır. Anestezi hazırlıklı olmalı çünkü entübasyona ihtiyaç duyulabilir. Nöbet geçtikten ve hasta stabil hale geldikten sonra doğum planlanmalıdır. Nöbet geçiren hastaya, intravenöz 4 gr veya 6 gr magnezyum sülfat 5-10 dakika içinde verilmelidir ve yükleme dozu tamamlandıktan sonra bakım dozu 1 gr/saat başlanmalıdır [10].

Magnezyum sülfat, preeklampsinin eklampsiye dönüşmesini önlemek veya tedavi etmek için kullanılan bir ilaçtır [2] ve [3].

Şiddetli preeklampsi ve eklampsinin ana hedefi öncelikle maternal sağlıktır. Gebeliği sonlandırmak her zaman en güvenli yol gibi görünse de, erken doğumda iyi sonuçlar alınmayabilir. Doğum bekleme ve tedavi, gebeliğin haftası ve annenin semptomlarına göre değişebilir. 34. haftada şiddetli preeklampsi bulguları varsa, doğum öncelikle maternal sorunlar nedeniyle düşünülür. 24-34. haftalar arasında preeklampsi bulgularının şiddetine göre bekleme tedavisi düşünülebilir. 24. gebelik haftası altındaki gebeliklerde, şiddetli preeklampsi bulguları varsa hemen doğum yapılması düşünülmelidir [4].

Olgu Sunumu

33 yaşında, gravida 1, parite 0 olan bir hasta, 35. haftada şiddetli baş ağrısı, bulantı ve karın ağrısı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hasta, 14. haftadan itibaren düzenli takiplerini yapıyordu. Düzenli takiplerinde 32. haftaya kadar yüksek tansiyon, proteinüri ve intrauterin büyüme geriliği (IUGR) saptanmamıştı. 35. haftasında ilk kez başvurduğunda baş ağrısı ve karın ağrısı bildirdi. Tansiyon: 170/100 mmHg, umbilikal arter Doppler S/D: 3.5, fetal biyometrik ölçümler BPD: 35 hafta, AC: 34 hafta, FL: 34 hafta uyumlu bulundu. Tam idrar tetkikinde 2+ proteinüri, SPOT: 8.28, AST: 131, ALT: 76, Hb: 12.9, Plt: 120.000, MG: 1.7, diğer hematolojik faktörler normaldi. İntravenöz 6 g magnezyum sülfat yükleme tedavisi uygulandı. Ardından tansiyon 180/110'e yükseldi ve hasta tarafından bulanık görme tariflendi. Hastaya, Celestone uygulandıktan sonra acil sezaryene alındı. Baş prezantasyonunda 1920 g, 8/10 APGAR skoru ile kız bebek doğdu. Sezaryen sonrası magnezyum sülfat idame tedavisi 1.5 gr/saat hızında devam etti ve 24 saat sonra tedavi sonlandırıldı. Sezaryen sonrası kan basıncında dramatik bir iyileşme gözlemlendi. İlk 4 saatte kan basıncı 160/90 civarındaydı, sonrasında artış gözlenmedi. Kontrol AST: 125, ALT: 72, MG: 4.3, Hb: 11, MG: 2.8, SPOT: 0.28, TIT: proteinüri yoktu. 6 saat sonra kontrol: Hb: 10.8, AST: 64, ALT: 35'e düştü, kan basıncı 130/70, vital bulgular stabil olup hasta 4. günde taburcu edildi.

Sonuç

Sonuç olarak, preeklampsi, primer gravida gebelerde daha sık görülen ve maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin en yaygın nedenlerinden biridir. Gebelik takiplerinde düzenli

tansiyon ölçümü, rutin laboratuvar testleri ve hastanın semptomlarının iyi bir şekilde sorgulanması gereklidir. Tansiyonu sıkı bir şekilde izlenen ve laboratuvar testleri yapılan gebeler daha sağlıklı bir süreç geçirmektedir. Bu nedenle yüksek tansiyon, şiddetli baş ağrısı veya epigastrik ağrı tanımlayan gebeler, zaman kaybetmeden sağlık kurumuna başvurulmalıdır. Hem bebek hem de maternal sağlık açısından preeklampsiye dikkat edilmesi, takip ve tedavi konusunda hızlı kararlar alınması gereklidir.

Çıkar Çatışması

HELLP sendromlu gebelerin tanı ve tedavisi, obstetrik hastalıklar arasında ön plandadır. Belirtilerin tam olarak net olmaması ve kan basıncı ile proteinürinin hafif artmış olması, çok şiddetli komplikasyonları olan hastaların tanınmasını güçleştirip tedavide gecikmelere yol açabilir. HELLP sendromunun her zaman preeklampsi ve eklampsi ile birlikte görülmeyeceği, bazen normal sınırlar içinde kan basıncı ve proteinüri ile de gelişebileceği, yalnızca yüksek tansiyon ve epigastrik ağrı ile başvuran hastalarda da görülebileceği ve **HELLP** sendromu tüm belirtilere sahip olmadan da gelişebileceği unutulmamalıdır [13].

Magann ve ark., ortalama kan basıncının 22 saat içinde normal aralığa geldiğini, diürezin ise 16 saat içinde önemli ölçüde iyileştiğini göstermiştir [14].

Semptomlardaki ve laboratuvar bulgularındaki değişikliklere bağlı olarak, şiddetli preeklampsi ve HELLP sendromlu hastalarda acil sezaryen doğumunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir [15].

Bu tür semptomların en kısa sürede iyileştirilmesi, maternal morbidite ve mortalite riskini azaltacağından, eritrosit, trombosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma replasmanı gereksinimlerini de azaltarak sağlık harcamalarını minimize etmektedir [13].

Çıkar Çatışması: YOK

Finansman Kaynakları: YOK

Kaynaklar

- [1] Dekker GA, de Vries JI, Doelitzsch PM, ve diğ. (1995). Şiddetli erken başlangıçlı preeklampsia ile ilişkili altta yatan hastalıklar. *Am J Obstet Gynecol*, 173(4), 1042-48.
- [2] Leeman, L. ve Fontaine, P. (2008). MSHamilelikte Hipertansiyon Bozuklukları, 78(1), 93-100.
- [3] Schroeder, BM. (2002). ACOG pratik bülteni preeklampsi ve eklampsi tanı ve yönetimi üzerine, Amerikan Jinekologlar ve Kadın Doğumcular Koleji, 77(1), 67-75.
- [4] Gözükara, İ. (2016). Şiddetli Preeklampsi ve Eklampsi Yönetimi, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 9(4), 24-33.
- [5] Tanrıverdi, A. (2012). Preeklampside Proteinüri, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 5(4), 27-32.
- [6] O'Brien, JM. ve Barton, JR. (2005). HELLP sendromu tanı ve yönetimi üzerindeki tartışmalar, *Clin Obstet Gynecol*, 48, 460-77.

- [7] Sibai, BM. ve Barton, JR. (2004). Hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sendromunun tanı ve yönetimi, Clin Obstet Gynecol, 103, 807-33.
- [8] Yenicesu, G. İ., Kol, İ. Ö., Yenicesu, C., Çetin, A. (2009). HELLP (hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri ve düşük trombositler) sendromu, Cumhuriyet Medical Journal, 31, 182-188.
- [9] Osmanağaoğlu, M. A., Osmanağaoğlu, S., Ulusoy, H., Bozkaya, H. (2006). HELLP sendromu olan ve yoğun bakım yönetimi gerektiren maternal sonuçlar, Sao Paulo Med. J, 124(2).
- [10] Yuvacı, H. U., Karakılıç, İ. D., Özden, S. (2018). Hamilelikte Hipertansif Hastalıklar Tanı ve Yönetimi, Journal of Human Rhythm, 4(1), 1-8.
- [11] Ergün, A., Ercan, C. M. (2012). Preeklampsi Yönetimi, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst- Special Topics, 5(4), 59-68.
- [12] Madazlı, R. (2010). Preeklampsi, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst- Special Topics, 3(1), 45-52.
- [13] Sapmaz, E., Gürateş, B., Bulgan, E. (2002). HELLP sendromu olan hastalarda postpartum deksametazon kullanımı, T Klin Jinekoloj Obstet, 12, 107-11.
- [14] Magann, E.F., Kenneth, G. P., Edward, F. M. (1994). Postpartum kortikosteroidler, hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri ve düşük trombositler sendromunun (HELLP) hızlandırılmış iyileşmesi, AM J Obstet Gynecol, 171, 1154-58.
- [15] Avcı, F., Bakacak, M., Serin, S., Köstü, B., Ercan, Ö. (2015). İTP hastasında remisyon sırasında tespit edilen HELLP Sendromu ve yönetimi: Bir Olgu Sunumu, KSU Medicine J, 10(3), 29-32.

Beyanlar:

Yazarın Katkısı:

- Kavramsallaştırma ve fikri revizyonlar, Veri toplama, yorumlama ve el yazmasının taslağı
- Yazar, çalışmanın her aşamasından sorumlu olmayı ve çalışmanın bütünlüğü veya doğruluğu hakkındaki tüm endişelerin kapsamlı bir şekilde incelenip ele alınmasını sağlamayı kabul eder.

Yazışmalar:

Elifsena Canan Alp Arıcı

escananalp@gmail.com