

# Aile Hekimliğinde İki Olgu Sunumu ile Preeklampsisi ve Eklampsinin İncelenmesi

## Examining Preeclampsia and Eclampsia with Two Cases in Family Medicine: Medical Education

Dr. Selma ÇİVİ,<sup>a</sup>  
Dr. Kamile MARAKOĞLU,<sup>a</sup>  
Dr. Şule ŞAHSIVAR<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Aile Hekimliği AD,  
Selçuk Üniversitesi Meram  
Tıp Fakültesi, Konya

Geliş Tarihi/Received: 06.12.2006  
Kabul Tarihi/Accepted: 26.02.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Kamile MARAKOĞLU  
Selçuk Üniversitesi Meram  
Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği AD, Konya  
TÜRKİYE/TURKEY  
kmarakoglu@yahoo.com

**ÖZET** Aile hekimliği, bireylere ve ailelerine yaş, cinsiyet, hastalık ve organ ayrımı yapmaksızın koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sürekli olarak veren bir bilim dalıdır. Doğurganlık döneminde; ana ve çocukta önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsisi ve eklampsisi), aile hekimliği yönünden de gebeliğin en önemli sorunlarından birisidir. Dünyada 585.000 kadın, ülkemizde 700 kadın her yıl gebelik, doğum ve loğusalık komplikasyonları nedeni ile kaybedilmektedir. Ülkemizde 1998'de tüm kadın ölümleri içerisinde ana ölümlerinin payı %4.8 olup, ana ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 46.7'dir. Ülkemizde ana ölüm nedenleri içinde 2. sırayı gebeliğin hipertansif hastalıkları almaktadır. Bu makalede aile hekimliği uzmanlık eğitimi esnasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, araştırma görevlileri tarafından takip edilen ve gerekli uygulamalar yapılarak başarıyla tedavi edilen preeklampitik ve eklampitik 2 olgu incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Eklampsisi; preeklampsisi

**ABSTRACT** Family medicine is a discipline that provides continual preventative, therapeutic and rehabilitative healthcare services for individuals and their families regardless of age, gender, disease and involved organ. During the reproductive ages, hypertensive diseases of pregnancy (preeclampsia and eclampsia) that are major causes of morbidity and mortality for mothers and infants are also considered complications of pregnancy in the practice of family medicine. A total of 585.000 women throughout the world and 700 women in our country die annually due to complications of pregnancy, birth and postpartum period. In our country, the ratio of maternal mortality was 4.8% among all mortality of women and maternal mortality rate was 46.7 per 100.000 live births in 1998. Among the causes of maternal mortality in our country, the hypertensive diseases of pregnancy rank second. Two cases with preeclampsia and eclampsia that were treated successfully by the research assistants of Selçuk University Meram Medical Faculty during their training in the Department of Gynecology and Obstetrics were examined in this article.

**Key Words:** Eclampsia; preeclampsia

**Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:382-386**

**P**reeklampsisi gebeliğe özel ve 20. gebelik haftasından sonra oluşan hipertansiyon ve proteinüri ile karakterize bir multisistem hastalığıdır.<sup>1,2</sup> Gebelikteki hipertansif hastalıkların %70'ini oluşturur.<sup>1</sup> Karakteristik bulgular hipertansiyon, ödem ve proteinürüdür. Gebeliklerin %5-7'sinde görülür ve insidansı 1000 doğumda %23.6'dır.<sup>2,3</sup> Daha önce kan basıncı normal olan bir gebede, sistolik kan basıncınının 140 mmHg ve daha fazla, diyastolik kan basıncınının 90 mmHg ve daha fazla olması ve 24 saat-

lik idrardaki proteinürinin 300 mg ve üzerinde olması preeklampsi kriterleridir. Normal kan basıncı değerlerine göre, sistolik kan basıncının 30 mmHg veya diyastolik kan basıncının 15 mmHg yükselmesi de tanıda değerlidir.<sup>2</sup> diyastolik kan basıncının 110 mm/Hg ve üzerinde, sistolik kan basıncının 160 mm/Hg ve üzerinde, 24 saatlik idrardaki proteinürinin 5 gr ve üzerinde, 24 saatteki idrarın 500 mL'den az olması, epigastrik veya sağ üst kadranda ağrı, bilinç bozukluğu, görme bozukluğu, pulmoner ödem veya siyanoz, karaciğer fonksiyon testleri bozukluğu ve trombositopeni şiddetli preklampsi kriterleridir.<sup>1,2</sup>

Eklampsi; preeklampsi semptom ve bulguları olan gebelerde antepartum veya postpartum dönemde epilepsi veya diğer konvülsiyon nedenlerine bağlı olmaksızın gelişen konvülsiyon ve/veya koma olarak tanımlanır. İnsidansı 2500 doğumda 1'dir.<sup>1</sup> Eklampsi olgularının %53'ü doğumdan önce, %19'u doğum sırasında ve %28'i doğum sonu döneminde oluşur.<sup>2,3</sup> Kronik hipertansiyon ise gebelik öncesi hipertansif olan kadının 20. gebelik haftasından önce veya doğumdan sonra 12 hafta içinde kan basıncının yükselmesi ile karakterizedir.<sup>2</sup>

Gebeliğin hipertansif hastalıkları yaşamı tehdit eden 4 komplikasyon taşır. Bunlar hipertansif hastalıklar, gebeliğin akut yağlı karaciğeri, peripartum kardiyomiyopati ve tromboembolik hastalıklardır. Hipertansif hastalıklar en sık rastlanan tıbbi komplikasyon iken gebeliğin akut yağlı karaciğeri, peripartum kardiyomiyopati daha az rastlanan durumlardır. Tromboembolik hastalık ise daha gelişmiş ülkelerde ana ölümüne yol açan bir komplikasyondur.<sup>2-4</sup> Çünkü bu durum serebral kanama ve emboli, abruptio plasenta, akut böbrek yetmezliği, dissemine intravasküler koagülasyon ile sonuçlanabilir.<sup>2</sup>

Gebelikte hipertansif hastalıklara bağlı ölümler dahil, tüm ana ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmekte olup, gelişmiş ülkelerde de sorun olmaya devam etmektedir.<sup>5,6</sup> Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde gebelikte hipertansif hastalık sıklığı %12-22 olup, direkt nedenli ana ölümlerinin %17.6'sından sorumludur.<sup>4</sup> Ülkemizde ana ölüm nedenleri içinde 2. sırayı %15.5'i

sıklıkla gebeliğin hipertansif hastalıkları almaktadır.<sup>6</sup> Gebeliğin hipertansif hastalıkları ana ölümüne ek olarak perinatal mortaliteyi de yükseltir. Hipertansif gebeliklerde perinatal mortalite normotansif gebeliklerden 3.2 kez fazla olup 1.000'de 92'dir.<sup>7</sup> Bu makalede, maternal ve fetal mortalitesi yüksek, obstetrik acil bir hastalık olan preeklampsi ve eklampsi tanısı alan 2 olgu gözden geçirildi.

## OLGU 1

Hasta 21 yaşında, 1 yıllık evli, G1P0Y0A0 37 haftalık gebe idi. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Antenatal kontrolleri uygun sıklıkta yapılan hastanın 37. haftadaki doğum öncesi muayenesinde hipertansiyon tespit edildi. Hasta Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne yatırıldı. Bilinci açık ve tansiyon arteriyeli (TA) 150/100 mmHg olan hastanın laboratuvar değerleri incelendiğinde Hb: 12.3 gr/dL, lökosit: 6.900/mm<sup>3</sup>, trombosit: 271.000/mm<sup>3</sup>, glukoz: 89 mg/dL, üre: 44 mg/dl, kreatinin: 0.7 mg/dL, Na: 134.2 mEq/L, K: 4.30 mEq/L, AST: 32 u/L, ALT: 18 u/L, Ca: 9.5 mg/dL Mg: 2.8 mg/dL, LDH: 321 u/L, albumin: 2.1 g/dL bulundu. İdrar analizinde dansite: 1020, şeker: (-), aseton: (-), protein: (+++), nitrojen: (-), kan (-) mikroskopik incelemede: 8-10 lökosit mevcuttu. Göz dibi muayenesi normaldi ve patolojik refleks yoktu. Ultrasonografide (USG) baş gelişinde, amnion sıvısı yeterli, plasenta fundal yerleşimli, çocuk kalp sesi (ÇKS) 140/dk tahmini fetal ağırlığı 2800 gr, biparietal çapı (BPD): 36 hafta ± 6 gün, femur uzunluğu (FL): 38 hafta ± 0 gün, karın çevresi (AC): 31 hafta ± 1 gün olan gebelik tespit edildi. Preeklampsi tanısı konulan hastaya tuzsuz, yüksek proteinli diyet ve antihipertansif tedavi olarak hidralazin ve nifedipin başlandı. Yedi gün boyunca tedavi alan hastanın TA 150/100 mmHg'den 140/90 mmHg'ya ve idrar proteini (+)'e düştü. Gün aşırı nonstress test (NST) ile takip edilen hastanın 7. gündeki son NST'de reaktivite tespit edilmesi üzerine önce tıbbi indüksiyon uygulanan ancak yanıt alınmayan hastada operatif doğuma karar verildi. Sezeryan ile 2300 gr kız çocuk doğurtuldu. Operasyon sonrası problemi olmayan hasta öneriler ile taburcu edildi.

## OLGU 2

Hasta 22 yaşında, 2 yıllık evli, G1P0Y0A0 miadında gebe idi. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Doğum öncesi düzenli kontrolleri olmayan, gebeliğinin 2. ayından itibaren bulantı, kusma tarif eden hasta, son 8 saat içerisinde görme kaybı ve hafıza zayıflamasının olması üzerine yakınları tarafından hastaneye getirildi. Yolda bir kez konvülsiyon geçirdiği öğrenildi. Bilinci açık ve ajite, TA 180/100 mmHg olan hastada pretibial ödem (+/+) mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; Hb: 12.7 gr/dl, lökosit: 14.600 mm<sup>3</sup>, trombosit: 206.000 mm<sup>3</sup>, glukoz: 149 mg/dL, üre: 32 mg/dL, kreatinin: 1 mg/dL, Na: 127 mEq/L, K: 4.1 mEq/L mg/dl, AST: 30 u/L, ALT: 18 u/L, Ca: 9.6 mg/dL Mg: 3.5 mg/dL, LDH: 411 u/L, albumin: 2.8 g/dL bulundu. Göz dibi muayenesi normaldi ve patolojik refleks yoktu. İdrar analizinde dansite:1030, şeker (-), aseton (-), protein: (++) , nitrojen:(-), kan:(+++), mikroskopide bol eritrosit ve lökosit mevcuttu. USG'de baş gelişinde, amnion sıvısı yeterli, plasenta fundal yerleşimli, ÇKS 146/dk, tahmini fetal ağırlığı 3000gr, BPD: 39 hafta ± 3 gün, FL: 39 hafta ± 2 gün, AC: 35 hafta ± 5 gün olan gebelik tespit edildi. Eklampsi tanısı konulan hastanın 6 saatlik aldığı-çıkardığı sıvı takibi, saatlik ateş-nabız-tansiyon takibi yapılırken doğum indüksiyonu için oksitosin ve konvülsiyonların kontrolü için MgSO<sub>4</sub> başlandı. Tuzsuz ve bol proteinli diyet ve antihipertansif olarak hidralazine ve nifedipine verildi. Doğuma kadar geçen sürede tekrar konvülsiyon geçirmeyen, TA 140/85 mmHg'ya düşürülen ancak eylemi ilerlemeyen hastaya operatif doğum planlandı. Sezeryan ile 2200 gr erkek bebek doğurtuldu. Operasyon sonrası problemi olmayan hasta öneriler ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda, Türkiye'de yılda 1.958.501 gebelik sırasında 436.526 kadının tek, 156.324 kadının birden fazla gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı görülmektedir.<sup>6</sup> Gebelik, doğum ve doğum sonrası 42 gün içinde olan ana ölümlerinin 1 yıldaki canlı doğum sayısına oranının 100.000 ile çarpılması ile elde edilen ana ölüm hızı bu araştırmada 46.7'dir. Ana ölümlerinin ne-

denleri incelendiğinde %30.3 ile kanamaların 1. sıradada yer aldığı bunu %15.5 ile toksemilerin, %9.6 ile enfeksiyonların, %4.0 ile düşük komplikasyonlarının izlediği görülmektedir.<sup>6,8</sup> Gebeliğin hipertansif hastalıklarının gerçek sebebi tam olarak bilinmese de pek çok hipotez hastalığın sebebinin plasental yerleşim ve trofoblastik invazyondaki problemler olduğunu belirtmektedir.<sup>8,9</sup> En önemli fizyolojik değişiklik şiddetli sistemik vazospazm olup, bu durum tüm organların kanlanması azalmasından sorumludur. Kanlanmanın azalmasının diğer bir nedeni hemokonsantrasyon ve 3. alana sıvı kaybıdır. Ayrıca uygunsuz endotel aktivasyonu ve artmış iltihabi cevaplarda tespit edilebilir.<sup>9</sup> Koagülasyon faktörlerinin aktivasyonu ve mikrotrombüslerin oluşması da kanlanmayı azaltıcı diğer faktörlerdir.<sup>10</sup> Gebeliğin hipertansif hastalıkları için risk faktörleri; kromozom anomalileri, mol hidati-form, hidrops fetalis, çoğul gebelik, konjenital anomaliler, üriner sistem enfeksiyonları, 20 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler, siyah ırk, ailede preeklampsi öyküsü, nulliparite, önceki gebeliğinde preeklampsi öyküsü, diyabet, obezite, kronik hipertansiyon, böbrek hastalığı, trombofililer, damar ve bağ dokusu hastalıkları, antifosfolipid anti-kor sendromu ve nefropatilerdir.<sup>2</sup> Preeklampsideki klinik bulgular sinsi veya şiddetlidir. Gebeliğin hipertansif hastalıklarının temel bulgusu yüksek kan basıncıdır. Bazı kadınlar asemptomatik iken diğerlerinde görme bozuklukları, şiddetli baş ağrısı veya sağ üst kadrın karın ağrısı gibi preeklampsi belirtileri mevcuttur. Preeklampsideki %4-14'ünde HELLP sendromu oluşur.<sup>2</sup> Karaciğer hasarı sonucu oluşan HELLP sendromunda hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombositopeni vardır. Akut tübüler nekroz sonucu oligüri ve akut böbrek yetmezliği gelişebilir. Ana ölümü genellikle intrakranial kanamaya bağlıdır.<sup>3,4</sup> Fetal plasental ünitedeki vazospazm sonucu plasental abruption, oligohidroamnios, fetal büyüme geriliği oluşur.<sup>11</sup> HELLP sendromlu kadınların %25'inde ciddi morbidite ve mortalite oluşmaktadır.<sup>2</sup> Gebeliğin hipertansif hastalıklarının güvenilir bir tarama testi yoktur.<sup>2</sup> Doğum öncesi kontrollerde her gebe kadında preeklampsi ve eklampsi için risk faktörleri sorgulanmalıdır. Kan basıncı yarı oturur durumda ve en-

az 10 dk.lık bir istirahat sonrasında tercihen civalı bir araçla ölçülmelidir. 20. haftadan sonraki kontrollerde preeklampsiye özel belirtiler (sürekli baş ağrısı, görme bozuklukları, epigastrik veya sağ üst kadran ağrısı ve ödem) sorulmalıdır. Her kontrolde kilo takibi de yapılmalı, fundus yüksekliği ve ödem bakılmalıdır. Fundus yüksekliği ölçümü, intrauterin büyüme geriliği ve oligohidramnios tespiti yönünden, yüzde ödem oluşumu ve hızlı kilo artımı sıvı retansiyonunu gösterdiğinden önemlidir. Gebeliğin 25-28. haftalarında USG intrauterin gelişme geriliğininin takibi açısından yapılmalıdır.<sup>12</sup> Preeklampsi ve eklampsi riski yüksek olan gebelerde erken dönemden itibaren uygun aralıklarla hemoglobinin, hematokrit, trombosit, idrar protein, serumda kreatinin, ürik asit, karaciğer enzimleri, albumin, laktik asit dehidrogenaz düzeyleri bakılmalı ve pıhtılaşma faktörleri incelenmeli. Gebeliğin hipertansif hastalıklarınının tedavisi hastanede yapılmalıdır. Antihipertansif ilaç tedavisi sistolik kan basıncı 160-180 mmHg ve daha yüksek ise veya diyastolik kan basıncı 105-110 mmHg ve daha yüksek ise uygulanmalıdır. Hidralazin ve labetalol en sık kullanılan ilaçlardır. Nifedipin ve sodyum nitroprusside diğer alternatiflerdir. Anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri gebelerde kontrendikedir. Preeklampsinin önlenmesinde günlük 100 mg aspirin ve kalsiyum desteğinin yararı gösterilmemiştir. Kalsiyum tedavisi hipokalsemik kadınlarda değerli olabilir. Preeklampsinin oluşması önlenemez ise de preeklampsi nedenli ölümler önlenabilir.<sup>2-4</sup>

Eklampsi olan olgularda konvülsiyonların kontrolünde diazem ve fenitoin solunum depresyonu, aspirasyon, solunum arresti yaptığından verilmez. Havayolu uygulanması ve aspirasyon riskini azaltmak için sol yana yatırma ve ağız aspirasyonu yapılmalıdır. Acil entübasyon için deneyimli bir kişi örneğin anestezi uzmanı bulunmalıdır. Erişkin kardiyopulmoner resüsitasyon pozisyonu yarı koma ya da komadaki hastalarda uygundur. Doğumda eklampsi krizinin önlenmesinde MgSO<sub>4</sub> 6 gr yükleme dozundan sonra saatte 2 gr verilecek şekilde uygulanır. Yükleme dozundan 4 saat sonra kan Mg düzeyi ölçülerek sürekli infüzyon dozu ayarlanır. Konvülsiyonlar kontrol altına alındıktan sonra oksijen verilir. Hasta stabilize edildikten sonra doğumu başlatmak

için plan yapılır. Gebeliğin hipertansif hastalıklarınının esas tedavisi doğumdur. Vajinal doğum sezeryana tercih edilir. Acil sezeryandan kaçınmak gerekir.<sup>2-4</sup> İntrauterin büyüme geriliği, oligohidramnios, fetal distres, 38 haftadan ileri gebelik, trombositopeni, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozukluk, abruptio plasenta, şiddetli baş ağrısı veya görme bozuklukları epigastrik ağrı, bulantı, kusma ve eklampsi durumunda doğumun çeşitli biçimlerde indüksiyonu gereklidir.<sup>2</sup> Sezeryan gerektiğinde bölgesel anestezi tercih edilmelidir. Ancak koagülopati var ise bölgesel anestezi kontrendikedir.<sup>2-4</sup>

Doğum öncesi kontrolleri olmayan kadınlarda gebeliğin hipertansif hastalıkları sonucu ölüm, düzenli doğum öncesi kontrolleri yapılan kadınlara göre 7 kez fazladır.<sup>2</sup> Burada takdim ettiğimiz preeklampsi olgusunun düzenli doğum öncesi kontrolleri olup 37. haftadaki kontrolünde hipertansiyon tespit edilmiştir. Hastaneye yatırılan hasta 7 gün izlenmiş tedaviye alınmış ve indüksiyona cevap vermediği için sezeryan ile doğum sonlandırılmıştır. Bu hastadaki risk faktörü 1. gebelik olmasıdır. Eklampsi olgusunun ise düzenli doğum öncesi kontrolleri yoktu. Miadında gebe hastada son 8 saatte görme bozukluğu ve hafıza zayıflaması olmuştu. Yolda bir konvülsiyon geçirmişti. Konvülsiyonların kontrolü için MgSO<sub>4</sub> başlanmış ve hastaya gebeliğin sonlandırılması için oksitosin ile indüksiyon uygulanmıştır. Ancak doğumu ilerlemeyen hastaya sezeryan uygulanmıştır. Bu olgudaki risk faktörleri 1. gebelik olması ve düzenli doğum öncesi kontrollerin olmamasıdır.

## SONUÇ

Burada takdim ettiğimiz 2 olguda preeklampsi ve eklampsi bulguları tespit edildiğinde hastaneye yatırılmış, gerekli tetkik ve tedavi uygulanmıştır. Gebeliğin hipertansif hastalıklarında uygun aralıklı doğum öncesi kontroller, verilen önerilere uyulması ve hastanede gerekli tıbbi ve operatif müdahalelerin yapılması ana ve çocuk ölümünü azaltan en önemli girişimlerdir. Aile hekimleri ailenin en önemli bireyi olan anneyi, gebeliğinde de en doğru şekilde takip etmekle ve gerektiğinde de ileri tetkik ve tedavi için hastaneye sevk etmekle sorumludur.

## KAYNAKLAR

1. Johnson MP, Flake AW, Harrison MR, Quintero R, Evans MI. In utero therapy of the fetus. In: Gleicher N, Buttino L Jr, Elkayam U, Evans MI, Galbraith RN, Gall SA, eds. Principles and Practice of Medical Therapy in Pregnancy. 3<sup>rd</sup> ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1998. p.247-9.
2. Wagner LK. Diagnosis and management of preeclampsia. Am Fam Physician 2004;70:2317-24.
3. Soydemir F, Kenny L. Hypertension in pregnancy. Curr Obstet Gynaecol 2006;16: 315-20.
4. Özdemir İ, Gül Ö.K, Yücel O. Preeklampsi, eklampsi ve hellp sendromunda maternal morbidite ve mortalite nedenleri. Düzce Tıp Fak Derg 2003;3:5-9.
5. ACOG Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol 2002;99:159-67.
6. Çivi S. Ana ölümleri. Çiçek MN, Mungan MT, editör. Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri 2007: s.105-15.
7. Ray JG, Burrows RF, Burrows EA, Vermeulen MJ. MOS HIP: McMaster outcome study of hypertension in pregnancy. Early Hum Dev 2001;64:129-43.
8. Postovit LM, Adams MA, Graham CH. Does nitric oxide play a role in the aetiology of pre-eclampsia? Placenta 2001;22 Suppl A:S51-5.
9. Dekker GA, Sibai BM. Etiology and pathogenesis of preeclampsia: current concepts. Am J Obstet Gynecol 1998;179: 1359-75.
10. Roberts JM, Cooper DW. Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia. Lancet 2001;357:53-6.
11. Schroeder BM; American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin on diagnosing and managing preeclampsia and eclampsia. American College of Obstetricians and Gynecologists. Am Fam Physician 2002;66:330-1.
12. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000;183:S1-S22.