

ŞİDDETLİ VULVAR ÖDEM İLE PRESENTE OLAN GEÇ POSTPARTUM EKLAMPSİ: OLGU SUNUMU

Salih TAŞKIN, Aşlı YARCI, Elif Aylin TAŞKIN, Cem ATABEKOĞLU, Feride SÖYLEMEZ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Giriş: Antenatal eklampsi insidansı azalıyor olsa da, postpartum eklampsi insidansı göreceli olarak artmaktadır.

Olgu: Şiddetli vulvar ödem, massif proteiniüri ve erken doğum tehdidi olan hastada gelişen geç başlangıçlı postpartum eklampsi sunulmuştur.

Yorum: Hastaların eğitimi ve erken eklamptik belirtilerin dikkatlice değerlendirilmesi ile geç postpartum eklampsi önlenabilir.

Anahtar kelimeler: eklampsi, postpartum, vulvar ödem

SUMMARY

Late Onset Postpartum Preeclampsia Presented with severe Vulvar Edema

Objective: Although the incidence of the antenatal eclampsia is decreasing, the incidence of the postpartum eclampsia is increasing relatively.

Case: Late onset postpartum eclampsia with severe vulvar edema, massive proteinuria, preterm labor was presented.

Conclusion: Late onset postpartum eclampsia can be prevented with patient's education and pay attention to the early eclamptic symptoms.

Key words: eclampsia, postpartum period, vulvar edema

GİRİŞ

Antenatal takipteki gelişmeler, preeklampsinin erken tanınması ve şiddetli preeklampsili hastaların gebeliklerinin yakın takibi ve zamanında sonlandırılması ile eklampsi insidansı azalmıştır. Antenatal eklampsi insidansındaki azalmaya karşın, postpartum eklampsi (PE) insidansın da rölatif bir artış dikkati çekmektedir⁽¹⁾. Postpartum eklampsi çoğunlukla postpartum ilk 48 saat içinde görülürken (erken PE); bazı vakalarda 48 saatten daha geç dönemlerde (geç PE) ortaya çıkabilmektedir.

OLGU

20 yaşında primigravid, 33 haftalık ikiz gebeliği olan

hasta, son 24 saatte ortaya çıkan şiddetli vulvar ödemin de eşlik ettiği bilateral alt ekstremitelerde ödem şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın kliniğimize başvurusuna kadar herhangi bir sağlık merkezinde prenatal takibi yapılmamıştı. Hastanın mevcut tablosuna neden olabilecek kardiyolojik, renal veya tiroid hastalığının veya herhangi bir sağlık sorununun ve gebeliğe eşlik edebilecek komplikasyonu yoktu. Takibinde hastanın kan basıncı değerlerinin normal sınırlarda seyrettiği görüldü. Laboratuvar testlerinde hipoalbuminemi ve anemi dışında anormal bulguya rastlanmadı. Hastanın mevcut vulvar ödemi, bacak hareketlerine engel olacak düzeydeydi. Obstetrik değerlendirmede, her iki fetuse ait NST'ler reaktif olarak izlendi ancak tokokardiogramda düzenli ve şiddetli kontraksiyonların olduğu görüldü.

Yazışma Adresi: Salih Taşkın, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 06100 Cebeci, Ankara

Tel: 0532 3925195 / Fax: 0312 320 35 53

e-mail: salihtaskin@yahoo.com

Geliş tarihi: 28.9.2006 Kabul tarihi: 15.11.2006

Servikovajinal muayenede kontraksiyonlara, servikal dilatasyon ve efasmanın eşlik etmediği görüldü. Her iki fetuse ait ultrasonografik ölçümlerin gestasyonel hafta olan 33 hafta ile uyumlu olduğu saptandı. Profilaktik olarak betametazon (24 saat ara ile 2 doz, IM) uygulandı. Kan basıncı düzeyi normal sınırlarda seyreden hastanın, 24 saatlik idrarda bakılan protein düzeyi 29.7 gr idi.

Hastanın takibinde servikal açıklığın ilerlemesi üzerine tokoliz amaçlı olarak sırasıyla kalsiyum kanal blokörü (nifedipine), beta-agonist (ritodrine) ve magnezyum sulfat tedavisi yapıldı. Tokolitik tedaviye rağmen doğum eylemi ilerleyen hasta, hastaneye başvurusunun 40. saatinde sezaryen ile doğum yaptı ve 2100 gr ve 2000 gr ağırlığında iki adet sağlıklı bebek doğurtuldu.

Doğumu takip eden günlerde vulvar ödemi gerileyen hasta, daha önce saptanan ciddi proteinürinin etiolojisini araştırmak üzere renal arter doppler USG'si, protein elektroforezi ve lipid profili ile Nefroloji Bölümü'ne danışıldı. Nefrotik sendrom öntanısı ile postpartum dönemde elektif olarak renal biopsi yapılması planlandı. Postpartum 52. saatte kan basıncı halen normal sınırlarda seyreden hastanın baş ağrısı ve görmede bulanıklık tariflemesi üzerine hasta Nöroloji Bölümü tarafından değerlendirildi. Kranial BT' sinde hemoraji ve iskemi lehine bulgusu olmayan hastanın, nörolojik muayenesi de normal olarak değerlendirildi. Postoperative 60. saatte aynı şikayetleri tekrar beliren hasta 15 dakika ara ile 2 kez jeneralize tonik konvulziyon geçirdi. İlk konvulziyonu takiben lorazepam (4 mg, IV) uygulandı ve magnezyum sulfat infüzyonuna başlandı (6 gr bolus, 2gr/saat IV infüzyon) ve infüzyon 24 saate tamamlandı. Konvulziyon sırasında bakılan kan basıncı değerleri 200/120 mmHg ye kadar yükselen hastanın takibinde kan basıncının yüksek seyrettiği görüldü. Hastaya antihipertansif olarak amlodipine tedavisi başlandı. Takibinde konvulsiyonu olmayan hasta yatışının 11. gününde taburcu edildi.

Hastanın takibinde kan basıncının stabil ve normal sınırlarda seyretti ve takip eden 11 ay içinde hastanın ek şikayeti olmadı. Hasta Nefroloji Bölümü tarafından daha önce önerilmiş olan renal biopsiyi kabul etmedi.

SONUÇ

Eklampsi, genellikle hipertansiyon, ödem ve proteinürinin eşlik ettiği peripartum dönemde gelişen konvulsiyon olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde bazı ülkelerde maternal ve perinatal mortalite ve

morbiditenin majör sebeplerinden biri olmaya devam etmektedir⁽¹⁾. Eklamptik konvulsiyonlar genellikle gebeliğin 20. haftasından sonra veya postpartum dönemde ilk 48 saat içinde gelişmektedir. Postpartum dönemde 48 saatten sonra gelişen konvulsiyonlar ise geç eklampsi olarak değerlendirilmekte, son yıllarda insidansı rölatif olarak artmakta ve bu grup eklampptik hastaların %12-16 sını oluşturmaktadır⁽²⁾. Geç postpartum eklampsi, tartışmalı bir tanı olmasına rağmen, postpartum 23. güne kadar gelişen konvulsiyonlar eklampsi olarak değerlendirilmektedir⁽³⁾.

Geç PE öncesinde en sık rastlanan semptomlar; baş ağrısı, görmede bulanıklık, bulantı-kusma ve epigastrik ağrıdır⁽¹⁾. İlginç olarak; geç PE görülen pek çok hastada bu olguda da olduğu gibi rapor edilen prenatal preeklampsi tanısı bulunmamaktadır. Elbette bu durum prenatal takipteki yetersizlik ile de açıklanabilir.

Bu olguda eklampptik atak öncesinde kan basıncı yüksekliğinin olmayışı ve hastanın şiddetli vulvar ödem ile kliniğimize başvurusu dikkat çekicidir. Ayrıca eklampptik atak postpartum 60. saatte ortaya çıkmıştır. Geç PE vakaları, plasentanın çıkarılmasından sonra da plasental endotelial toksinlerin etkilerinin devam ettiğini göstermektedir. Bu olguda tokoliz amaçlı uygulanan magnezyum sulfat tedavisi olası prepartum veya erken PE yi önlemiş olabilir.

Profilaktik olarak uygulanan magnezyum sulfat tedavisi intrapartum veya postpartum gelişebilecek eklampsiyi %50 oranında engelleyebilmektedir⁽⁴⁾. Ancak preeklampsi tanısı ile izlenen hastalarda ne yazık ki eklampsiyi öngörebilecek geçerli bir test veya bulgu bulunmamaktadır. Profilaktik magnezyum sulfat tedavisi, yalnızca, preeklampsi tanısı ile hospitalize edilmiş olan hastalarda, doğum eylemi sırasında veya postpartum ilk 12-24 saat içinde önerilmektedir. Bu sebeple magnezyum sulfat profilaksisi ancak önerilen bu süre içinde gelişebilecek eklampsiyi önleyebilir görünmektedir. Postpartum 48 saat sonrasında gelişebilecek eklampsiyi önleyebilecek bir profilaktik tedavi bulunmamaktadır.

Bu olguda başlangıçta, postpartum dönemde beliren ve 1-2 saat süre ile devam eden semptomların nörolojik orijinli olduğu düşünülmüştür. İlk semptomların ortaya çıkışından 8 saat sonra, aynı semptomlar konvulsiyon eşliğinde tekrarlanmış, başlanan magnezyum sulfat tedavisine rağmen ikici konvulsiyon önlenememiştir. Bu sebeple postpartum dönemde, nörolojik sebeplerle açıklanamayan pre-iktal semptomları olan hastalarda, profilaktik magnezyum sulfat alternatif bir tedavi olarak

akla gelmelidir.

Bu olguda eklamptik konvüsiyon, hasta postpartum dönemde esas olarak proteinuri ve ödem sebebiyle hastanede izlenirken gelişmiş ve hemen müdahale edilebilmiştir. Geç PE yi öngörebilen net semptom ve bulgular olmadığından, eklampsi açısından yüksek riskli olduğu düşünülen hastalar pre-iktal semptomlar açısından ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir. Bu yolla gelişebilecek geç PE olgularının profilaktik tedaviler ile engellenmesi mümkün olabilecektir. Bunun yanısıra geç PE olgularının bir bölümü konvüsiyon ile ilk olarak acil servise başvurabileceğinden, acil servis hekimleri, nörolojik olarak açıklanamayan postpartum konvüsiyon vakalarında, ayırıcı tanıda geç PE yi de değerlendirmelidir.

Sonuç olarak gestasyonel hipertansiyonu olmayan vakalarda da postpartum eklampsi gelişebilmektedir. Hastalar pre-iktal semptomlar açısından yeterli biçimde bilgilendirilmeli ve hekimler de postpartum dönemde

gelişen konvüsiyonlarda eklampsi olasılığını gözardı etmemelidir. Semptomların erken dönemde ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ile eklamptik konvüsiyonların engellenmesi mümkün olabilir.

KAYNAKLAR

1. Chames MC, Livingston JC, Ivester TS, et al. Late postpartum eclampsia: A preventable disease? Am J Obstet Gynecol 2002; 186:1174-7.
2. Martin J, Sidman R. Late postpartum eclampsia: A common presentation of an uncommon diagnosis. J Emerg Med 2003; 25:387-90.
3. Raps EC, Galetta SL, Broderick M, et al. Delayed peripartum vasculopathy: cerebral eclampsia revisited. Ann Neurol 1993; 33:222-5.
4. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstet Gynecol 2005;105:402-10.