

Sistemik Lupus Eritematosus'un Obstetrikteki Yeri

T. YARDIM^a, Ş. KARAHASAN^b, L. KIVRIKOĞLU^c

^a Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyüsü (Doç. Dr.) EDİRNE

^b Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim (Araştırma Gör.) EDİRNE

^c Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı (Araşt. Gör.) EDİRNE

ÖZET :

Bir olgu nedeniyle romatizmal bir hastalık olan SLE'un doğum hekimliğindeki yerini literatürde araştırdık. Sistemik bir Hastalık oluşu, gebelikle etkileşimi, tablonun değişkenliği, komplikasyonların çeşitliliği nedeniyle hastaya yaklaşım ve tedavinin kişiselleştirilmesi gereken SLE, modern obstetrikde kendine özgü bir yere sahiptir.

SUMMARY :

By means of a case, we have reviewed literature for SLE in obstetrics. Because of being a systemic disease, the interaction, with pregnancy, lability of the clinical course and the variation of complications, it is necessary to be individualized approach to and management of SLE which has a proper place in modern obstetrics.

GİRİŞ :

Birçok romatizmal hastalıklar, sıkılıkla doğurganlık yaşılarında meydana gelerek, öncelikle kadınlarda görülmektedirler. Dolayısıyla hasta başlangıçta veya hastalığın seyri esnasında ilk olarak doğum hekimine başvurabilir. Romatizmal hastalıklar genellikle birçok major organ sistemlerini atake ettiğinden ve hastalığın ağırlığı hastadan hastaya oldukça çok değiştiğinden programları mümkün olduğunda sınırlı olduğundan, ayrıca gebeliğinde bazı tercihleri kısıtlandırdan bunlara ilave olarak hastaların çok farklı tablolarla ortaya çıktığından, romatizmal hastalıklarda tecrübesi olan bir romatolog veya iç hastalıkları uzmanı ile hasta konsülte edilmelidir. Asemptomatik hasta günün birinde hayatı tehdit eden bir komplikasyon ile karşılaşabileceğinden gebeliğin başlangıcında obstetrisyen ile romatolog arasında bir koordinasyon sağlanmalıdır.

SİSTEMİK LUPUS ERITEMATOSUS'UN OBSTETRİKTEKİ YERİ

GENEL BİLGİLER :

Sistemik lupus eritematosus, etiyolojisi bilinmeyen, fakat otoimmunitenin belirgin patogenetik rol oynadığı görünen, kronik bir hastalıktır.

Primer olarak genç kadınlarda meydana gelir ve ilk defa gebelikte görülebilir. Artrit, rash şeklinde deri döküntüsü, ateş, kaykı, perikardit, plörit ve nefrit sıkılıkla başlangıç belirtileridir. Hastaların çoğunun serumunda antinükleer antikorlar mevcuttur. VDRL testi, hastaların % 10-20inde devamlı yanlış müsbet sonuç verir. Lökopeni, trombositopeni, hemolitik anemi olsun veya olmasın pozitif coombs testi diğer sıkça rastlanılan anormal labaratuvar sonuçlarıdır. Kür mevcut değilse, tedavide antiinflamatuar ilaçlarla hastalık aktivitesinin süpresyonu hedeflenir.

SLE'LU HASTADA KONTRASEPSİYON :

Konsepsiyondan önce sistemik lupus eritematosus (SLE)'lu hastaya kronik bir hastalığı olduğu, çocuk büyütmenin omuzlarına aşırı bir yük yükleneceği bilinci yerleştirilmelidir. Aynı şekilde müstakbel baba da kendisinden büyük çaba bekleneceği hakkında uyarılmalıdır. Bu sebeplerle ve gebeligin tedaviyi daha güçllestireceğinden, egere bir çocuk istegide yoksа, bir doğum kontrol yöntemine müracaat edilir.

Oral kontraseptiflerin SLE'u indüklediği veya alevlendirdiği hakkında bir bulgu mevcut değildir. SLE'lu hasta da, genel popülasyondaki gibi, bu ilaçların aynı komplikasyonlarına adaydır. Oral kontraseptifler trombosflebit ve hipertansiyonu teşvik ettiği eskidenberi bilinir. Bu durumlara nadir olmayarak SLE de rastlanıldığından, başka bir doğum kontrol yöntemine başvurmak daha akılcı olur.

Rahimiçi araçlar kullanılmaktadır. Fakat SLE'lu hastada, yaklaşık % 50 vakada çıkarılmayı icap ettiren komplikasyonlara rastlanıldığını bildiren yayınlar mevcuttur. Dismenore, menoraji ve sık enfeksiyonlar karşılaşılan başlıca sorunlardır⁴.

Bariyer yöntemleri: Diafragma kullanılmasına burada bir kontrendikasyon yoktur. Birçok hasta için seçkin bir metoddur.

SLE VE GEBELİĞİN ETKİLEŞİMİ :

Gebeligin seyri ve akibeti üzerine SLE'un bir takım etkileri vardır. Fertilite oranları SLE'da normaldir. Amenore, hastalık aktivasyonu esnasında veya steroid tedavisinin bir sonucu olarak meydana gelebilir⁵. SLE da dikkati çeken oranda çocuk kayıpları vardır. Spontan abortus oranı % 10 ile % 40 arasında oynar^{5, 1, 3}. Abortus sıklığı hastalığın aktivitesi ile ilgili değildir. Vakaların % 10-36 si arasında prematüre doğumlar görülür⁷.

Spontan abortus veya prematüre doğumlar üzerine, kortikosteroidlerle tedavinin, bir etkisi olmadığı bilinir^{5, 7, 8}.

SLE'ye gebeliğin ne gibi etkileri olabileceğini de önemlidir. SLE'un seyrini gebelik evvelde kestirebilecek bir değişiklik yapmaz. Her gebelikle izole ayrı bir olaydır, burada hastalık stabil kalabileceği gibi alevlenmeler veya remisyona girme de vuku bulabilir. Daha sonra ki bir gebeliğin seyri hakkında bir önceki gebeliğe bakarak bir prognostik yorum yapılamaz. Remisyon esnasında gebe kalan hastalarda, remisyonda kalma eğilimi vardır. Bu eğilim, konsepsiyondan önceki remisyon süresiyle etkilenmez. Dolayısıyla gebe, kalmak isteyen hastaya bir remisyonu beklemesi tavsiye edilir.

SLE'LU GEBEYE YAKLAŞIM VE TEDAVİDE PRENSİPLER :

SLE'lu hastalar, sıhhatalı gebelerle karşılaşılırsa mortalite insidensinin artığı görülür. Fakat gebelik mortaliteyi anlamlı derecede değiştirmez. Postpartum ilk sekiz hafta esnasında alevlenmelerde açık bir artış vardır. Renal hastalık gebelik esnasında sıkılıkla daha ciddi olur. Böbrek tutulumu olan hastalara gebe kalmaması önerilir. Bunun gibi ağır kardiyak tutulum gebeliğe bir kontrindikasyon teşkil eder.

Terapödik abortusun, altta yatan hastalık procesini iyileştirdiği, gözlenmemiştir. Hastalığın semptomları, nadir olmayarak bu girişimi takiben, şiddetlenir. Medikal sebeplerle, ağır renal hastalığın varlığında bile, gebeliğin sonlandırılması tavsiye edilemez^{3, 7, 12}.

Gebelik esnasında rutin maternal yaklaşımada dikkat edilecek bazı hususlar vardır. Aspirinin ihtiyacı cevap verdiği artralji veya hafif artrit haricinde SLE'lu gebe hastada kortikosteroidler tedavide tercih edilen droglarıdır. Prednizon hastalık aktivitesini bastırmak için yeterli dozda verilmelidir. İhtiyaç olunan dozaj, tutulan organ sisteme bağlı olarak, 100 mg üzerinde veya 10 mg kadar az da olabilir. Alevlenmeler şiddetle tedavi edilmelidir. Her ne kadar yeni doğanda nadir damak yarığı ve adrenal yetmezlik vakaları bildirilmiş olsa bile, kortikosteroidler gebelikte relativ olarak emindirler². Hydroxychloroquine ve sitotoksik ajanlar gebelikte kullanılmış olsada, bunların rutin kullanım tavsiye edilmez⁷.

SLE'lu hastaların sıkılıkla ateşi olur. Steroidler semptomları maskeleyebilecekinden, asemptomatik hastada da, ısı artışının altta yatan hastalığa ilave olmadan önce, infeksiyonun ayrılması akılçıl olur.

SİSTEMİK LUPUS ERITEMATOSUS'UN OBSTETRİKTEKİ YERİ

Lupus nefritinin klinik tablosu, gebelik toksemisinin aynen benzeri olabilir. Her iki hastalık antitesinde proteinürü, periferik ödem, ve hipertansiyon görülebilir. Toksemi sikliğinin SLE'de artmış olup olmadığı, açık degildir. Lupus nefritinin sıkılıkla gebelikte ortaya çıkacağı veya ilerleyeceği bilinir. Bu iki noktası gözönüne alarak, bu klinik çıkmaza ait spesifik tavsiyeler yapılamaz. Terme yakın bu semptom kompleksli hastaları doğurmak, fakat gebeliğin erken dönendekileri yakın takip altında bulundurmak ve bunları muhtemel lupus nefriti teşhisiyle kortikosteroidlerin yüksek dozlarıyla tedavi etmek makul görülüyor. Bu açıca, bakımın kişiselleştirilmesi ve mevcut spesifik klinik değişikliklere dayanması gereken bir alandır. Ağır renal yetmezlikli hastalara hemodializ uygulanır. Bu gebelikte de başarı ile uygulanır⁸. Renal yetmezlik bakımından ilaç dozları uygun şekilde değiştirilmelidir.

SLE'a sekonder valvüler kalp hastalığı hastalar veya diğer hastalık süreçleri olanlar doğumdan önce profilaktik olarak antibiotik almıştır. Travay esnasında da dikkat edeceğimiz bazı noktalar vardır. Travaydan önce ki sene içinde, iki veya daha fazla hafta boyunca steroidlerle tedavi edilen SLE'lu herhangi bir hastada doğumdan adrenal süpresyon olabileceği düşünülmeli ve kortizon ile tedavi edilmelidir. Böyle hastalar için normal travay ve doğumda, sectio cesarea ve elektif cerrahide, sonraki takiplerde aşağıdaki tavsiyeleri dikkate alınmalıdır.

Normal travay ve doğumda, ağrıların başlamasıyla 100 mg kortizon asetat İ.M. yapılır ve doğum tamamlanana kadar her sekiz saatte bir aynı doz tekrarlanmalıdır.

Acil bir sectio cesarea da 100 mg kortizon asetat İ.M. yapılmalı, cerrahi müdahale esnasında ise 100-200 mg hidrokortizon süksinat İ.V. yoldan verilmelidir. Elektif cerrahi girişimde de benzer bir uygulama yapılır. 100 mg kortizon asetat ameliyattan 24 saat önce İ.M. yoldan ayrıca verilir. Herhangi bir zamanda adrenal yetmezlik belirtileri ortaya çıktığı görülsürse örneğin açıklanmayan abdominal ağrı, ağır bulantı ve kusma, hipertansiyon halinde, ilaveten 100 mg hidrokortizon süksinat İ.V. yoldan verilmelidir. Komplikasyonlar çıkmadığı müddetçe, kortizon dozu sonraki birkaç gün içinde azaltılarak idame dozuna inilmelidir. En az postpartum sekiz hafta boyunca idame dozuna devam etmelidir. Çünkü bu zaman periodu içinde sıkılıkla karşılaşılabilen alevlenmeler, böylece önlenebilir.

SLE'UN YENİDOĞAN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:

Yenidoğanlar üzerine SLE'un ne gibi etkisi olabileceği de merak konusudur. Ailevi SLE'un yaklaşık % 2 civarında insidensi olmasına rağmen, genetik danışmalığın zamanımızda SLE'lu hastaya oldukça az yararı vardır. Potansiyel genetik geçisi tayin edecek spesifik testler halen mevcut değildir.

Tam miadında doğan bebeklerde perinatal mortalite artmamıştır. Genellikle sekiz hafta ile altı ay arasındaki bir süre içinde iyileşen diskoid lupuslu nadir vakalar yenidoganda bildirilmiştir¹⁰.

1 g G sınıfı antikorların transplasental geçisi yenidoganda geçici müspet antinükleer antikorların tesbit edilmesine yol açabilir. Bu bulgu hastalık aktivitesiyle bir korelasyon göstermez. Antikorların kan komponentlerine plasental geçişinde bazen görülebilir, yenidoganda geçici lökopeni, trombositopeni veya hemolitik anemiye sebep olur². Her ne kadar bu problemler kendinden sınırlı olmasına rağmen, trombositopeni ve anemi kortikosteroidlerle tedaviye ihtiyaç gösterebilirler. Bir coombs testi ve trombosit sayımı doğumdan önce yapılrsa bu problemler evvelden önlenebilir. SLE'lu annelerden doğan bebeklerde bazen tam kalp bloku görülmüştür¹¹. Pranatal fetal kalp hızının dikkatli olarak izlenmesi, kalp bloğunun farkedilmesine olanak sağlar. Bu ise daha sonra ki bir tarihte lüzumsuz bir sectio cesarea'yı önleyebilir.

Bu çalışma klinigimizde 1.6.1983 - 9.2.1987 tarihleri arasında gerçekleşen 666 doğumdan birinde, gebeliğinin üçüncü ayından sonra kortizonla takip edilen ve sihhatlı bir kız bebek doğuran bir vaka münasebetiyle, literatür inceLENerek hazırlanmıştır.

KAYNAKLAR :

1. Bear, R.: Pregnancy and lupus nephritis. *Obstet Gynecol.* 47 : 715, 1976.
2. Bongiovanni, A. M., Mc Padden, A. J.: Steroids during pregnancy and possible fetal consequences. *Fertil. Steril.* 11 : 181, 1960.
3. Donaldson, B. L., De Alvarez, R. R.: Further observations on lupus erythematosus associated with pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 33 : 1461, 1962.
4. Du Bois, E. L.: *Lupus Erythematosus*. University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
5. Fraga, A., et al.: Sterelety and fertility rates, fetal wastage and maternal morbidity in systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 1: 293, 1974.

SISTEMİK LUPUS ERYTHEMATOSUS'UN OBSTETRIKTEKİ YERİ

6. Garsenstein, M., Pollak, V. E., Kark, R. M.: Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 267 : 165, 1962.
7. Grigeor, R. R., et al.: Outcome of pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Proc. R. Soc. Med.* 70 : 99, 1977.
8. Mitva, S., et al.: Periodic hemodialysis in pregnancy. *Am. J. Med. Sci.* 259 : 333, 1970.
9. Schaller, J. G.: Lupus phenomena in the newborn. *Arthritis Rheum* (Suppl. 20) : 312, 1977.
10. Vonderheid, E.C., et al.: Neonatal lupus erythematosus. *Arch. Dermatol.* 112 : 698, 1976.
11. Winkler, R. B., Nora, A. H., Nora, J. J.: Familial congenital complete heart block and maternal systemic lupus erythematosus. *Circulation.* 56 : 1103, 1977.