

Renal Transplantasyon Sonrası Gebelik

PREGNANCY AFTER RENAL TRANSPLANTATION

Tijen ERÇAL, Mehmet GÜNEY, Selma LAÇİN, Alper MUMCU

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İZMİR

ÖZET

Amaç: Renal transplant hastalarının gebelik takibi ve doğum konusunun bir olgu nedeni ile literatür bilgilerinin ışığında gözde geçirilmesi.

Çalışmanın yapıldığı yer: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir.

Olgu sunumu: Bir yıl önce spontan gebe kalan renal transplant hastası terme kadar takip edilmiş ve doğurtulmuştur.

Sonuç: Bu hastalarda prognoz, multidisipliner bir takip ile semptomların erken tanı ve tedavisine dayanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, Gebelik

T Klin Jinekolo Obst 1996, 6:56-58

SUMMARY

Objective: To review the literature about the management of pregnancy until term after renal transplantation.

Institution: 9 Eylül University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology.

Case report: A renal transplant patient who had spontaneously become pregnant was followed-up till term and delivered successfully.

Conclusion: Prognosis depends on close monitoring and early recognition of symptoms and proper management.

Key Words: Renal transplantation, Pregnancy

T Klin J Gynecol Obst 1996, 6:56-58

Geçen çeyrek yüzyılda son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde böbrek transplantasyonu sıklıkla uygulanır olmuştur. Birçok kadında transplantasyon sonrası renal ve endokrin fonksiyonlar hızla normale dönmekte ve ovülasyon olmaktadır. Fonksiyonel renal transplantasyon uygulanan, doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık %2'si gebe kalabilmektedir (1). Böbrek ve karaciğer fonksiyonlarının takibi, rejeksiyonun tanı ve tedavisi, kan basıncı kontrolü, anemi ya da enfeksiyonun erken tanı ve tedavisi, fetal iyilik halinin değerlendirilmesi gibi yoğun prenatal, antenatal ve postpartum takip gerektirmesi nedeni ile karşılaştığımız bir vakayı sunmaya karar verdik.

OLGU

Son adet tarihi 15 Temmuz 1994 olan H.M. 26 yaşında, 370175 protokol numarası ile 6 Aralık 1994 tarihinde kliniğimize kontrol amacı ile başvurdu. Obstet-

Geliş Tarihi: 13.06.1995

Yazışma Adresi: Dr.Tijen ERÇAL
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
İnciraltı, İZMİR

rik muayene sonucu 19 haftalık Gb: 2 P:1 Y: 0 tanısı ile takibe alındı. Nisan 1993'de kronik böbrek yetmezliği tanısı ile annesinden alınan sağ böbrek sol fossa iliakaya sol renal transplantasyon ve üreteroneosistostomi yapılmıştı. 8 yıllık evli olup 5 yıl önce 28 haftalık ölü bir doğum yapmıştı. Kan grubu B Rh (-), eşinin B Rh (+) olup ilk doğumda Rh immunoglobulin yapılmamış olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu iyi, kan basıncı 130/70 mmHg, ateş 36.5°C, nabız 80 atım/dakika ritmik, sistem muayeneleri normal ve pretibial ve periorbital ödem yoktu. Siklosporin 50 mg/gün, azothioprin 200 mg/gün, prednizolon 10 mg/gün peroral almaktaydı. Bu idame dozuna gebelik boyunca devam edildi. Ultrasonografide BPD: 19 hafta, FL: 19 hafta ile uyumlu bulundu. Takiben yapılan malformasyon ultrasonografisinde minör ve majör konjenital malformasyon ile fetal gelişme geriliği saptanmadı. Tam kan ve trombosit sayımı, açlık kan şekeri, BUN, kreatinin, elektrolit, ürik asit, 24 saatlik idrarda kreatinin klirensi ve protein bakıldı. Kültür ve mikroskopik inceleme için orta idrar örneği alındı. Bu testler 4 haftalık aralarla tekrar edildi. Karaciğer fonksiyon testleri, plazma proteinleri, oral glukoz tolerans testi, kalsiyum ve fosfat düzeyleri ise 6 haftalık aralarla değerlendirildi. Başlangıçta TORCHES ve indirekt antiglobulin testi (indirekt coombs) negatif

olarak bulundu ve her ay tekrarlandı. İki haftalık aralarla prénatal kontroller yapılarak bu kontrollerde klinik ve laboratuvar bulgularında anormallik saptanmadı. Otuzbirinci gebelik haftasında preterm eylem ve preeklampsli ön tanısıyla hospitalize edildi. Obstetrik muayene ve laboratuvar bulguları ise şu şekildedeydi: Kan basıncı 150/110 mmHg, 24 saatlik idrarda protein 3 gr/dl, kreatinin klerensi 40 mg/dk, serum kreatinin 2 mg/dl, 10 dakikalık period boyunca 2-3 utérus kontraksiyonu saptandı. Almakta olduğu immunosupresif tedaviye ek olarak %15'lik MgSO₄ 1 gr/saat, alfa-metil dopa 750 mg/gün başlandı. Amniyosentezde L/S oranı 2'nin üzerinde bulundu. Vajinal muayenede servikal dilatasyon ve effasman saptanmaması üzerine profilaktik antibiyotik verilmesini takiben sezaryen ile alt segment transvers insizyon uygulanarak, canlı 1870 gram erkek bebek doğurtuldu. Birinci ve beşinci dakikadaki apgar skoru sırasıyla 7 ve 8 olarak değerlendirildi. Bebekte minör ve majör konjenital malformasyon gözlenmedi. Bebek pediatri kliniği prematürü servisinde izleme alındı. Bebek kan grubu B Rh (+) gelmesi üzerine anneye 300 mg Rh immunoglobülin yapıldı. Annede 48 saat içerisinde tüm klinik ve laboratuvar bulguları normale döndü. Emzirmeye izin verilerek postoperatif 7.günde postpartum takiplere gelmesi önerilerek bebek ile birlikte taburcu edildi.

TARTIŞMA

Renal transplantasyon sonrası gebelik düşünen adayların kontrolü gebelik öncesinden başlamalıdır. Transplantasyon üzerinden 18-24 ay geçmesini takiben gebeliğe izin verilebilir. Çiftlere gebeliğin tüm potansiyel riskleri anlatılmalıdır. Bu dönemde genel sağlık durumu iyi olmalı, hipertansiyon, proteinüri ve greft rejeksiyon semptomları bulunmamalıdır. Plazma kreatinin 1.5 mg/dl altında ve intravenöz piyelografide de böbrek fonksiyon ve anatomisi normal bulunmalıdır. İmmüno-supresif tedavide idame dozlarına geçilmiş olmalıdır (2).

Literatür tarandığında gebeliklerin %6'sının spontan abortus, %20'sinin terapötik abortus ile kaybedildiği, ölü doğum ve neonatal ölümlerin %3'den az olduğu, özellikle birinci trimesteri geçen gebeliklerin %95'inden fazlasının başarıyla sonuçlandığı görülür. Hipertansiyon %30, GFR'de azalma %6, fetal gelişme geriliği %20-40 olarak bildirilmiştir (2-4). Davison ve ark. gebelik kayıplarını %40, preeklampsiyi %30, rejeksiyon bulgularını %10 vakada bildirmişlerdir (3). Gebelik boyunca immunosupresif tedavi idame dozları azothioprin 2 mg/kg/g, siklosporin 5 mg/kg/g, prednizolon 15 mg/g olarak önerilmekle birlikte bunların maternas ve fetal yan etkileri mevcuttur. Bunlar arasında enfeksiyonlara karşı immün cevabın azalması (özellikle idrar yolu enfeksiyonu ve viral enfeksiyonlar), osteoporoz, hepatik ve renal toksisite, diyabet, erken membran rüptürü, malignité riski, mutajenite, konjenital malformasyonlar ve yenidoğan

enfeksiyonlarının sık görülmesi sayılabilir. Siklosporin ilaç risk gruplamasında C sınıfında olup renal ve hepatik toksisiteye sahiptir. Plazma volüm artışını ve renal hemodinamik değişiklikleri olumsuz etkileyebilir. Azothioprin siklosporine göre daha sık çalışılmıştır ve grup D sınıfına girer. Karaciğer üzerine toksik etkiye sahiptir. Doz gerektiğinde azaltılmalıdır (4).

Gebelik sırasında diğer bir sorun da rejeksiyondur. Bu hem akut hem de kronik olabilir ve postpartum dönemde de görülebilir. Rejeksiyon için prognostik faktörler bilinmemektedir. Ateş, oligüri, yan ağrısı, renal fonksiyonlarda bozulmayla birlikte akut pyelonefrit, glomerulopati, ilaç toksisitesi ve preeklampsiden ayırıcı tanısının yapılabilmesi için intravenöz pyelografi, ultrasonografi hatta renal biopsi yapılmalıdır. Bu hastalar prenatal takipte yüksek riskli gruba dahil edilmeli ve 32.haftaya kadar 2 haftalık aralıklarla, daha sonra ise birer hafta arayla takip edilmelidir. Her ay tam kan ve trombosit sayımı, üre, kreatinin, ürik asit, elektrolitler, 24 saatlik idrarda kreatin klirensi ve protein, kültür için orta idrar alınmalıdır. Karaciğer fonksiyon testleri, plazma proteinleri, kalsiyum ve fosfat düzeyleri, sitomegalovirüs taraması 6 haftalık aralarla tekrarlanmalıdır (2,4). Enfeksiyon, hipertansiyon, persistan proteinüri ve preeklampside hospitalize edilerek yoğun tedaviye başlanmalıdır.

Fetal kayıpların çoğu preterm eylem ve prematürüteye bağlıdır. Preterm doğum %40-65 görülür. Glomerüller filtrasyon hızının %30'dan fazla azalması, proteinüri ve immunosupresif tedaviye bağlı erken membran rüptüründe artma buna zemin hazırlar. Özel bir tip malformasyon tanımlanmamakla beraber konjenital malformasyon %0.6, gebelik yaşına göre küçük fetus %10-30 ve preterm doğuma bağlı respiratuar distres insidansı yüksek olarak bildirilmiştir. Bu bebeklerde ileride malignité gelişmesi ve reproduktif fonksiyonları hakkında literatürde yeterli bilgi yoktur (5). Emzirmeye izin verilmesi de başka bir tartışmalı konudur. Azothioprin, siklosporin ve metabolitlerinin sütteki etkileri bilinmemektedir. Siklosporinin süt plazma oranı 0.31 olarak bulunmuştur. Bu nedenle Amerikan Pediatri Akademisi tarafından emzirme önerilmemektedir, fakat yeterli çalışma olmaması nedeniyle anne sütünün potansiyel faydaları göz önüne alınarak emzirmeyi teşvik eden gruplar da vardır (5). Doğum sonrası maternal takipte gebeliğin greft fonksiyonlarını etkilememekle birlikte irreversible hasarlara neden olabileceği bilinmelidir. Canlı donörden alınan böbrek sonrası 5 yıllık yaşam %70-80 olarak bildirilirken gebe kalanlarda gebe olmayanlara göre yaşam şansı daha kısa bulunmuştur (2).

Renal transplantlı hastalarda doğum şekli de tartışmalıdır. Obstetrik bir neden olmadıkça amniyotomi ve epizyotomi eşliğinde vajinal doğum önerilmesine rağmen literatürde sezaryen insidansı %50-75'lere kadar çıkmaktadır (2,3). Kontrasepsiyon için oral kontraseptiflerin relatif hipertansiyon ve tromboemboli riski taşıması, in-

trauterin araçların da enfeksiyon odağı olması nedeni ile operasyon sırasında sterilizasyon önerilebilir.

Sonuç olarak bu hastalarda prognoz, multidisipliner bir takip ile semptomların erken tanı ve tedavisine dayanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Lindheimer MD. Chronic renal failure. In: Gleicher N, ed. Principles and practice of medical therapy in pregnancy. 1992:936-7.
2. Davison JM. Dialysis, transplantation and pregnancy. Am J Kidney Dis 1991; 27:127.
3. Hou S. Pregnancy in organ transplant recipients. Med Clin North Am 1989; 73:667.
4. Lindheimer MD, Kath AI. Pregnancy in the renal transplant patient. Am J Kidney Dis 1992; 19:173.
5. Rizzoni G, Ehrich JHH, Broyen M. Successful pregnancies in women on renal replacement therapy. Report from EDTA Registry-Nephro Dial Transplantation 1992; 7:1.