

GynObstetrik



Eklampsi

Health Department

the33 ©

Innehållsförteckning

Eklampsi.....	2
Inledning.....	2
Incidens.....	2
Patofysiologi.....	2
Symtom.....	2
Behandling.....	3
Prognos.....	3
Referenser.....	4

Eklampsi

Inledning

Syftet med att behandla hypertensiva tillstånd under graviditet är för att förhindra utvecklingen av eklampsi. Ordet härrör från grekiska "*som en blix*", vilket beskriver uppträdandet av sjukdomen i de flesta fallen.

2 Eklampsi kännetecknas av kramper och koma, som i regel förekomma hos patienter som har svår preeklampsi, patienter med hottande eklampsi och även hos patienter med kronisk hypertoni som drabbas av graviditetsdiabetes och proteinuri ovanpå. I 10-30% av kvinnorna finns det inga varningstecken, och sjukdomen uppträder "som en blix". Med den förbättrade mödravården som ger en tidig upptäckt och behandling av preeklampsi och kronisk hypertoni, har förekomsten av eklampsi fallit.

Incidens

I de flesta europeiska länder beräknas förekomsten av eklampsi som 1:2000 gravida kvinnor. Förekomsten är högre i andra delen av världen framför allt i utvecklingsländerna.

Patofysiologi

De förändringar som sker vid svår preeklampsi är mer tydliga i eklampsi:

- Intensiv vasospasm, med vävnad hypoxi,
- Glomerulus filtrationen är ytterligare reducerad och urinproduktion faller
- Intracellulär vätskeansamling som hindrar cellulär metabolism och cerebralt ödem kan förekomma.
- Blod viskositet ökar, minskad antal trombocyter och koagulationsdefekter uppstår.

Symtom

Kramperna föregås av en desorientering period under vilken kvinnan blir rastlös, få ryckningar, och utvecklar krampaktig andning. Inom några minuter går tillståndet över till toniskt skede av kramper: bågig rygg, händerna knyter, uttrycka grimaser, andningen upphör och cyanos uppträder. I detta skede kan kvinnan bita tungan. Hon går sedan in i den kloniska skede av krampen, när hennes kropp rycker okontrollerat, eventuellt skummande saliv fylla patientens mun och en andning blir snörvlande. Slutligen blir hon medvetslös det vill säga komma in i koma fasen.

Koma kan pågå under en timme eller längre, eller återkommande kramper kan förekomma.

Kramperna inträffas i slutet av graviditeten i 40 % av fallen, underförlossningen i 30 % och några timmar efter förlossningen i 30 %.

Behandling av eklampsi

Målet med behandlingen är:

- Kramp reglering genom minskning av den generaliserade vasospasm och minska hjärnans känslighet för stimuli.
- Sänka blodtrycket för att förhindra hjärnblödning.
- Förlossa fostret levande

Den mest effektiva medicinska behandlingen mot tillståndet är Magnesiumsulfat ($MgSO_4$) som minimera risken för återkommande anfall genom att upphäva vasospasm och inducera generell cerebral vasodilatation. Magnesiumsulfat ökar däremot frisättningen av prostacykliner som förbättrar blodcirkulationen till uterus samt inhibera trombocyt aktivering och skydda endotelceller från skador.

Magnesiumsulfat kan ges antingen intravenöst eller djup intramuskulärt.

Start dos Magnesiumsulfat → 4g intravenöst (under 5-15 minuter)

Underhålls dos Magnesiumsulfat → 1g/timme i en lösning av 5g i 500ml NaCl.

Efter stabilisering av blodtrycket och kramper bör graviditeten termineras. Beroende på vilken graviditetsvecka som kvinnan befinner sig i, fostrets hälsa (levande eller döda) och fostrets bjudning, graden av cervixmognad enligt Bishos score, kan förlösningen ske med kejsarsnitt eller assisterad förlossning inducerad med prostaglandiner eller amniotomi. I de flesta eklampsi fallen sker förlossningen direkt efter induktionen. Eftersom risken är stor för postpartum blödning, bör profylaktisk intravenös Syntocinon ges. Övervakning av patienten bör fortsättas åtminstone under de första 4 dagarna i puerperiet.

Prognos

I utvecklingsländerna uppskattas dödsfall bland mödrar som resultat av preeklampsi eller eklampsi upp till 50 000 årligen. Idag få kvinnor i de flesta länderna skulle dö av svår preeklampsi eller eklampsi. De flesta dödsfallen orsakas av hjärnblödning eller hjärtsvikt.

Referenser

Oats, J. et al. Llewellyn- Jones. Fundamentals of Obstetrics and Gynaekology, 9th edition. 2010; 14:120-121