

**TROMBOSİTOPENİ, AZOTEMİ VE KARACİĞER FONKSİYON  
BOZUKLUĞU İLE GİDEN BİR PREEKLAMPSİ VAKASI**

**Dr. Birtan BORAN\***  
**Dr. Süheyl ÖKTEN\***  
**Dr. Safa ALAĞLU\*\***

**ÖZET :** Bugün, hemoliz (H), yükselmiş karaciğer enzimleri (EL) ve düşük trombosit sayımıyla (LP) karakterize HELLP sendromu, ağır preeklampsi antitesi olarak kabul edilmektedir.

Bir vakada hemoliz dışında tüm bulguları saptadık. HELLP sendromunun tüm bulguları olmaksızında çocuk mortalitesinde önemli rol oynadığını ve bu tür vakalarda agresiv davranılarak bir an önce çocuğun doğurtulması gerekliliğini vurgulamak istedik.

**A CASE OF PREECLAMPSIA CHARACTERISED BY  
TROMBOSITOPENIA AZOTEMIA AND  
ELEVATED LIVER ENZYMES.**

**SUMMARY :** Today HELLP syndrome characterised by hemolysis (H) elevated liver enzymes (EL), and low platelet count (LP) is accepted as an entity of severe preeclampsia.

We had observed the classical findings except hemolysis in one case. We would like to emphasise that without the hemolysis of HELLP syndrome it is also an important factor in fetal mortality.

Agresive management with prompt delivery is warranted once the abnormalities of liver function tests and coagulation is seen in preeclampsia.

(\*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

(\*\*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

**KEY WORDS.** severe preeclampsia, elevated liver enzymes, low platelet count.

Ağır preeklampsi tanısı aşağıdaki kriterlerden biri veya birkaçının beraber olması halinde konur (6,9).

1. 6 saat arayla alınan iki ölçümde kan basıncı değerleri  
Sistolik 160mmHg  
Diastolik 110mmHg veya üzerinde.
2. Proteinüri 5gr/24 saatte
3. Serebral veya görme bozuklukları
4. Oligüri 24 saatte 400ml den az
5. Pulmoner ödem veya siyanoz

Bugün altıncı kriter olarak da mikroangiopatik hemolitik anemi, yükselmiş karaciğer enzimleri ve trombositopeni ile karakterize HELLP sendromu gösterilmektedir (4,9).

Ağır preeklampsi ve eklampsi anne ve çocuk için riski yüksek bir durumdur (2,6,7,9). Gebelik zamanında sonlandırılmazsa fetus ölümü kaçınılmazdır (2,3,6,7,9).

### VAKA TAKDİMİ

A.D. 28 yaşında Gravida : 1 Para : 0 Abortus : 0 olup 37 haftalık gebelikle sağ üst kadranda ağrı, bulantı, ellerinde ve ayaklarında şişme ve tansiyon yüksekliğiyle kliniğimize başvurdu.

Hastaneye kabulünde T.A : 160/90mmHg N : 90/dak A : 37° C idi. Hastada (+ + +) ödem vardı ve skleralar subikterik idi. Muayenede epigastriumda ve sağ üst kadranda hassasiyet vardı ancak karaciğer ele gelmiyordu. ÇKS alınmadığından ve hastanın 1 gündür çocuğunun oynamadığını söylemesinden ötürü ultrasonografi yapıldı. Ultrasonografide fetusun ölü olduğu, anne karaciğer ve safra kesesinin normal olduğu, dalağın ise büyüdüğü saptandı.

Yapılan tüm tetkikler Tablo I ve II de gösterilmektedir. Karaciğer enzimlerinde yükselme, trombositopeni ve azotemi nede-

nı ile ağır preeklampsi tanısı konan hasta %1 lik synpitanla indüklendi ve 3400 gr ağırlığında ölü bir erkek bebek doğurtuldu. (Maserasyon yoktu) Postpartum herhangi bir komplikasyon olmadı.

Hastanın genel durumu ve laboratuvar bulgularında postpartum dönemde dramatik bir iyileşme gözlemlendi, karaciğer enzimleri, trombosit sayısı, kan basıncı, proteinuri, bilirubin seviyeleri postpartum 5. günde tamamen normale döndü. Hastaya postpartum ampicillin, bromokriptin, oxytocine verildi ve 7. günü şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA :** Weinstein'a göre hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı ile karakterize HELLP sendromu her zaman yüksek tansiyonla seyretmeyen bir antitedir (9).

Pritchard ve arkadaşları 95 eklampsili kadında yaptıkları koagülasyon değişiklikleriyle ilgili bir çalışmada, vakaların % 29 unda trombositopeni, %2'sinde hemoliz bulduklarını bildirdiler. Bu çalışmada karaciğer enzimlerinden bahsedilmemektedir (5).

Goodlin, trombositopeni ve anormal karaciğer enzimleriyle giden 16 ağır preeklampsi vakası yayınlamış ancak bunlarda hemolizden bahsedilmemiştir. Perinatal mortalite % 44 bulunmuştu (2).

Sıbai ve arkadaşları ise ağır preeklampsili kadınların % 17 sinde trombositopeni bulurken %8.5 unda HELLP sendromunu göstermişlerdir (7). Bu çalışmada, eğer ağır preeklampsi 28 haftadan evvel başlamışsa perinatal bebek mortalitesinin %100'e çıktığı, 36. haftadan sonra ortaya çıkmışsa bu oranın sifıra yaklaştığı bildirilmektedir (7).

Killam ve arkadaşları 5 HELLP vakası bildirmişler ve bu vakalarda perinatal mortaliteyi % 60 bulmuşlardır (3).

Son çalışmalarda preeklampsi etyolojisinde prostacyclinlerin (PG I<sub>2</sub>) rolü olduğu öne sürülmektedir. Potent bir vasodilatatör olan PG I<sub>2</sub> miktarı gebeliğin son dönemlerinde artmaktadır oysa

preeklampsili kadınlarda düşük seviyelerde bulunmuştur (8). Azalmış yapımı veya artmış yıkımı sonucu PG I<sub>2</sub> miktarının düşmesinin trombosit agregasyonunu artırıp mikrotrombozlara neden olarak trombositopeniye yol açabileceği ileri sürülmüştür (8). Trombositopeni nedeni olarak yavaş seyreden bir DIC olayını suçlayanlarda vardır (9). Ağır trombositopeni ile gelen hastalarda görülen sağ üst kadranda veya epigastrik bölgedeki ağrı, intravasküler fibrin depolanmasına bağlı hepatik sinüzoidlerde kan akımının engellenmesiyle gelişen karaciğer büyümesiyle açıklanmaktadır (6,8,9).

Hastalığın ağırlığının derecesi trombosit sayısı ile orantılıdır. Bazı hastalar trombositopeni, azotemi, yükselmiş karaciğer enzimleri ile gelirken bir grup hasta bu klasik semptomları göstermemekte ve takipler esnasında yavaş yavaş trombositopeni gelişmekte, buda yanlış tanı konmasına ve perinatal mortalitenin artmasına neden olmaktadır (8).

Epigastrik ağrı, bulantı, sarılık şikayetiyle gelen bir gebede düşünülebilecek bir diğer hastalıkta akut karaciğer yağlanmasıdır (1). Ancak hastanın afebril olması, protrombin zamanının 19 saniyeden fazla olmaması, beyaz küre sayısının en fazla 14.400/mm<sup>3</sup> olarak tesbit edilmesi, bilirubin doğumu takiben hemen düşmesi ve karaciğerin palpe edilebilecek kadar büyümemesi bizi bu tanıdan uzaklaştırdı. Bazen viral hepatit te bu tablo ile karışabilir, ancak viral hepatitte enzim seviyeleri genellikle 500 ünitenin üzerindedir.

Benzer tablo yaratabilecek bir başka antitede ölü fetus sendromudur. Ancak ölü fetusun inutero problem yaratabilmesi için uzun bir sürenin geçmesi (en az 2-3 hafta) ve de fibrinojen değerlerinin düşük olması gerekmektedir (6). Fetusun yeni ölmüş olması vede normal fibrinojen değerleri bizi bu tanıdan uzaklaştırdı.

Preeklampsili vakalarda trombositopeni olup olmadığı araştırılmalı, eğer trombositopeni, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve mikroangiopatik hemolitik anemi gibi HELLP sendromuna gidi-

şi düşündüren bulgular varsa gebelik vakit kaybetmeden sonlandırılmalıdır (4,8,9).

TABLO I : Maternal Hematolojik Bulgular.

	Başvurduğu gün	Postpartum 1'inci gün	Postpartum 3'üncü gün	Postpartum 5'inci gün
Hct (%)	25	25	38	42
Lökosit (mm <sup>3</sup> /de)	4400	12000	10400	9800
Trombosit (mm <sup>3</sup> /de)	58700	81900	195000	290000
Protrombin zamanı (san). (N : 10-12)	19	—	—	12
Parsiyel Tromboplastin zamanı (san) (normali : 40 san)	180	—	—	45
Fibrinojen (% mg)	805	—	805	—
Fe (mgr/dl)	14	—	14	—
Fe bağlama kapasitesi (mgr/dl)	345	—	345	—

TABLO II : Maternal Biokimya Bulguları

	Başvurduğu gün	Postpartum 1'inci gün	Postpartum 3'üncü gün	Postpartum 5'inci gün
BUN (% mg)	35	37	37	—
Na Meq/lt	137	140	141	138
K Meq/lt	4.3	4.8	4.3	4.8
Cl Meq/lt	100	104	104	102
Bilurubin (% mg) total	2.4	1.2	0.9	0.9
direk	0.6	0.4	0.4	0.4
Alkalen Fosfataz (B.Ü.)	6.2	4.75	4.60	4.56
SGPT (Ü.)	64	54	41	28
SGOT (Ü.)	41	38	26	20
Creatinin (% mg)	2.0	2.8	2.5	2.1
Total Protein (% gr)	6.0	6.4	6.3	6.2
Albumin (% gr)	2.8	2.9	3.1	2.9
24 saatlik idrarde Protein (gr)	7	—	1	—

KAYNAKLAR

1. Egley CC : Reply to the editors. *Am J Obstet Gynecol* 153:211-212, 1986.
2. Goodlin RC, Cotton DB, Haeslein HC : Severe edema - proteinüri-hypertension gestosis. *Am J Obstet Gynecol* 132 : 595 - 598, 1978.
3. Killam AP Dillard SH, Patton RC, et al : Pregnancy induced hypertension complicated by acute liver disease and disseminated intravascular coagulation. *Am J Obstet Gynecol* 123 : 823-828, 1975.
4. Mackenna J, Dover NL, Brame RG : Preeclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets. An obstetric emergency? *Obstet Gynecol* 62:751-754, 1983.
5. Pritchard JA, Conningham FG, Mason RA : Coagulation changes in eclampsia : Their frequency and pathogenesis. *Am J Obstet Gynecol* 124: 855-859, 1976.
6. Pritchard JA, MacDonald PC : *Williams Obstetrics*. New York, Appleton Century Croft 1980, 1p 665-700
7. Sibai BM, Spinnato JA, Watson DL, et al : Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 64 : 319-324, 1984.
8. Thiagarajah S, Bourgeois JF, Harbert GM, et al : **Thrombocytopenia in preeclampsia : Associated abnormalities and management principles.** *Am J Obstet Gynecol* 150 : 1-7, 1984.
9. Weinstein L : Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count : A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am Obstet Gynecol* 142 : 159-167, 1982.