

Postpartum HELLP Sendromu: olgu sunumu (*)

İzzet MARAL, Uğur SÖZEN, Erdinç BALIK

SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi, Yenışehir-İzmir

ÖZET

Hellp sendromu, yüksek anne ve bebek morbidite ve mortalitesi olan, ağır preeklampsi ve eklampsinin önlenmesi güç bir komplikasyonudur. Hemoliz, karaciğer enzimlerinde artış ve trombosit sayısında azalma ile karakterize olup klinikte ciddi bakım ve takip gerektiren bir durumdur. Şimdiye kadar ekseriyetle bildirilen Hellp Sendromları antepartum dönemdedir. Bu sendromun postpartum oluşumu literatürde azdır. 1990 yılında servisimize yatan hastalarımızdan birinde postpartum dönemde Hellp Sendromu tesbit edilmesi, riskli hastaların bu dönemde de yakından takip edilmesi gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir. Çalışmamızda bu olgu nedeniyle postpartum Hellp Sendromunun önemi, tanısı ve komplikasyonları incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Postpartum Hellp Sendromu, Preeklampsi, Eklampsi

Postpartum Hellp-Syndrom

Hellp syndrome which has a high maternal and perinatal morbidity and mortality, is usually not preventable complication of the severe pre-eclampsia and eclampsia. It is characterised with hemolysis, elevated liver enzymes and thrombocytopenia. It requires intensive clinical care and a good follow-up. The HELLP syndrome cases reported until now were usually at their pre-partum period. To our knowledge, this syndrome occurs very rarely in the postpartum period. Occurrence of this in 1990 in our clinic at postpartum period made us realize the importance of this period in the follow-up of the high risk patients. In the present article, a case with HELLP syndrome during the post-partum period is presented and the importance, diagnosis and the complications of the syndrome is discussed.

Key words: Postpartum Hellp-Syndrom, Preeclampsia, Eclampsia

GİRİŞ

Preeklampsi tüm gebeliklerin yaklaşık % 5'inde oluşmakta ve maternal-perinatal mortalitenin önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Weinstein'nin 1982⁽¹⁾de ilk defa Hellp Sendromu'nu (Hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme, Trombositopeni) belirtmesinden beri, sendromun son trimesterde ortaya çıkışı üzerine sık yayınlar vardır. Aksine postpartum dönemde ortaya çıkan Hellp vakaları literatürde azdır.

Hellp sendromunun sebebi segmental vasospazm, endotel lezyonu ve fibrin birikimi ile oluşan mikrosirkülasyon bozukluğudur⁽²⁾.

Hellp sendromu perinatal ve maternal çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bunlar böbrek yetmezliği, asit, plevral efüzyon, pulmoner ödem, yaygın damar içi pıhtılaşması, uzamış yara iyileşmesi,

endometrit, karaciğer hematomu ve rüptürü ve körlüktür. Yeni doğanda trombositopeni, lökopeni, periferik yaymada anormallikler, hiperbilirubinemi tesbit edilmektedir^(1,3,4).

1990 yılında servisimizde yatan, normal spontan doğumdan sonra, postpartum Hellp Sendromu tanısı konan olgu, riskli hastaların bu dönemde de dikkatli takip edilmesi gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir. Takdim edilen olgumuzda laboratuvar parametrelerinin antepartum, post-partum; post-partum 4. saat, postpartum 7. gün değerleri verilmiş, riskli hastaların, komplikasyonsuz giden hamilelik ve sezaryenden sonra da lohusanın post-partum döneminde de takip edilmesinin önemi özellikle vurgulanmıştır.

OLGU SUNUMU

L.K. 31 yaşında, para 1 (makat gelişi, Sectio 1986), proteini ve hipertoni nedeniyle servisimize kabul edildi, son adet tarihine göre 39 haftalık olan hastanın anamnezinde belirsiz hipertansiyon öyküsü saptandı. Genel durum özellik arz etmiyor. Fundus kaburgaların bir parmak altında, T.A: 180/110 mmHg ve 1 + pretibial ödem tesbit edileli. İdrar analizinde 3+ proteini bulundu. 10 mg Nifedipin

* 3. Ulusal Perinatoloji Kongresi 1-5 Mart 1992 Çelikpalas Otel-Bursa'da tebliğ edilmiştir.

Yazışma adresi: İzzet Maral, SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi, Yenışehir-İzmir

Tablo 1. Olgumuz post-partum HELLP sendromunda laboratuvar parametreleri

Laboratuvar	Pre-partum	Post-partum	Post-partum 4. saat	Post-partum 4. gün
Hb %	10.6	10	9.5	11.7
Hct %	33.1	30	29	35
Sağ üst kd. ağrı	-	-	+++	-
Gebelik haft.	39			
US'a göre Hft.	38			
T.A mmHg	180/110	140/90	180/110	120*80
		160/90	170/110	
Proteinüri	+++	++	++	60 mg/dl
SGOT U/L	12	20	450	31
SGPT U/L	10	25	420	36
LDH U/L	90	100	320	125
Alkalen fosfataz U/L	70	90	330	99
Bilirubin mg/dl	0.3	0.5	3.4 indirekt	0.3 mg/dl
Trombosit	190.000	200.000	48.000	330.000
Quick	% 100	% 100	% 95-% 45	% 100
Fibrinojen	250	240	200	330
PTT s	30	30	30	30
Üre mg/dl	25	25	45	23
Kreatinin mg/dl	0.8	0.9	1.2	0.7
Total protein	5.9	6	5.5	7.3
Periferik yayma			trombosit nadir, küme yok	
			hemolizle uyumlu	
FDP			40>	

verildi. Bunu takiben 3x1 10 mg Nifedipine 3x1 metildopa başlandı. T.A. sistolik 130-160, diastolik 70-95 mmHg arasında seyretti. Pelvik muayenede; uterus 38 Hft. gebelik cesametinde, collum 3 cm açıklıkta, % 50 silinme vardı. US'da 38 Hft. gebelik, BPD, 95 mm, amnion sıvısı normal. Laboratuvar değerlerinde; Hb: 10.6 g, eritrosit: 3.700.000, Lökosit: 8500, trombosit: 190.000, Hct: % 33.1, Quick % 100, PTT: 30 sn, elektrolitler normal sınırlar içinde, kreatinin 0.8 mg/dl, üre: 25 mg/dl, total protein 5.9 g/dl, SGOT 12 U/L, SGPT 10 U/L, bilirubin 0.3 mg/dl, proteinüri: 500 mg/d bulundu. Hastaya indüksiyon uygulandı. 4 saat sonra 2800 gr canlı, Apgar'ı 8,10,10 olan bir erkek bebek doğurtuldu. Hastanın intrapartum ve erken postpartum T.A: 140/90 ve 160/90 mmHg arasında seyretti. Doğumdan 4 saat sonra aniden şiddetli üst karın ağrısı, bulantı, kusma ve T.A.'nın 170/110-180/110 mmHg arasında seyretmesi üzerine yapılan Abdomen US ve ayakta direkt batın, ağrıyı izah edecek sebebi göstermediler. Bütün üst batında basmakla hassasiyet, KC ve dalak hafifçe büyümüşlerdi. Yapılan Hemogram'da; trombosit: 48.000/mm³'e düşmüş olduğu görüldü. Quick başta % 95; kontrolde % 45, PTT başta 33, kontrolde 80'e dek uzamıştı. Fibrinojen % 200 mg, SGOT: 450 U/L, SGPT: 420 U/L, alkalen fosfataz: 330 U/L, LDH 320 U/L; FDP: 40'dan büyük; indirekt bilirubin: 3.4 mg/dl bulundu. Periferik yaymada trombosit nadir, küme yok, hemolizle uyumlu değerlendirildi (Tablo 1). Hastaya profilaktik MgSO₄ başlandı.

Yukarıdaki bulgularla post-partial HELLP düşünüldü. Hastamıza 2 ünite taze kan verildi. Post-partum 3. gün trombosit: 330.000; Hb: 11.7 gr, Hct: % 37.7, SGOT: 31 U/L; SGPT 36 U/L, LDH: 125 U/L; bilirubin: 0.3 mg/dl, GGT 16 U/L; total protein 7.3 g, T.A. 120/80 mmHg idi. Hastamızın post-partum dönemi normal seyretti. İnvolüsyon

normal seyretti. Lisurid ile ablasyon yapıldı. Genel durumu iyi olması nedeniyle 7. gün taburcu edildi. Bebekle herhangi bir problem olmadı.

TARTIŞMA

HELLP Sendromu yüksek anne ve bebek morbidite-mortalitesi olan, ağır preeklampsi ve eklampsinin nadir ve hayatı tehdit edici bir komplikasyonu olup, H-Hemolysis (Hemoliz), EL-Elevated Liver Enzymes (Artmış KC enzimleri) ve LP-Low Platelet Count (Trombositopeni) olarak nitelendirilmiştir. Bu durumu hazırlayan faktör, prostasiklin metabolizmasındaki bozukluk olup, fizyopatolojik olarak mikrosirkülasyonun akut bozukluğu söz konusudur. İlk defa 1982'de Weinstein tarafından tanımlanan bu antite önemli maternal-perinatal mortaliteye sebep olduğu bildirilmektedir ^(1,5). HELLP Sendromu tanısı olan hastalarda yayınlanan; perinatal mortalite 1000'de 77-600 arasında değişmektedir ⁽³⁾; Sıbai'nin çalışmasında 112 HELLP olgusundaki perinatal mortalite 1000'de 367'dir ⁽⁶⁾.

Literatürde HELLP sendromunun post-partum birkaç saat ile 6 gün arasında, maksimum 48 saat içinde geliştiği bildirilmektedir ⁽⁷⁾. Bunların % 80'ninde ante ve intrapartum ağır preeklampsi ve eklampsi saptan-

nabildiği gibi, % 20'sinde semptom yoktur. Klinik olarak, karaciğer enzimlerinin yüksekliği, trombositopeni, lohusalıkta, eklampsi nöbeti, postpartum ortaya çıkan Hellp Sendromu'nun özellikleridir. Bu noktada oluşan kasılma nöbetleri epilepsi ve sinüs venrombozu olguları ile karışabilir ^(8,9). Doğru teşhis için, acil karakteristik laboratuvar bulgularına bakmak lazımdır. Kuhn ve ark., 71 Hellp Sendrom'lu hastada yaptıkları semptom ve laboratuvar kontrolü sonucunda; sağ üst karın ağrısının klinik major semptomdur. Haptogloblin'de en hassas hemoliz parametre'si olduğunu bildirmişlerdir ⁽¹⁰⁾.

Post-partum iki saat sonra bulantı ve kusmayla ortaya çıkan akut üst karın ağrısı, çabuk değişen hemoliz işaretleri ile beraber kan tablosu değerleri, karaciğer enzimleri yüksekliği ve böbrek retansiyon değerleri, ağır post-partum Hellp Sendromu'nu ortaya çıkarır. En önemli komplikasyonlar; akut böbrek yetmezliği ve akut akciğer ödemidir ⁽¹¹⁾.

Olgumuzda antepartum preeklampsi semptomlarının olması ve postpartum Hellp Sendromu belirtilerinin ortaya çıkması; preeklampsi ve eklampsi olgularının postpartum dikkatli takip edilmelerinin önemini ortaya koymaktadır.

Hafif veya şiddetli tüm preeklampsi vakalarında ve özellikle daha çok ihmal edilebilen multipar ve yaşlı gebelerde yakın takip, seri trombosit sayımı ve karaciğer enzimlerinin kontrolü önerilmektedir. Ayırıcı tanıda Morbus Werlhofun akut eksezarbasyonu, Evans sendromu, akut hemolitik üremik sendrom akla gelmelidir ⁽¹²⁾ Spitzer ve ark. Hellp sendromunda Rezidiv risko'nun düşük olduğunu, bununla beraber Hellp Sendromundan sonraki gebeliklerin dikkatli kontrol edilmelerinin gerektiğini belirtmişlerdir ⁽¹³⁾.

Üst karın ağrısı olan gebelerde, ante-intra veya postpartum olsun, laboratuvar parametrelerini değerlendirip, Hellp Sendromunu mümkün olduğu kadar

erken teşhis etmek lazımdır. Zamanında tanı ve dikkatli doğum kontrol ve tedavisi ile perinatal ve maternal mortalite azaltılır ⁽¹⁴⁾.

Sonuç olarak, komplikasyonsuz giden hamilelik ve sezaryenden sonra da lohusa dikkatli kontrol edilmedir. Hellp Sendromu şimdiye dek lohusalıkta ender görülmesine rağmen, preeklampsi olgularının bu dönemde de yakından takip edilmesi gerektiğini vurgulaması bakımından önemlidir. Doğum öncesi hamileliğin çabucak sonlandırılması ile anne ve çocuğun prognozunda belirgin iyileşme olur ⁽²⁾. Aynı şekilde post-partum olarak acil gerekli tedbirleri almak, anti-convulsiv-antiheptansiv tedavi ile preeklampsinin prognozunu pozitif etkilemek gereklidir.

KAYNAKLAR

- Weinstein L:** Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 142:159-67, 1982.
- Loos/Rath:** Das HELLP-Syndrom-Ein "Gestaltwandel der preeklampsie. Geburtsh. u. Frauenheilk 52:581-585, 1992.
- Louis Weinstein:** Preeklampsi/Eklampsi with hemolysis, elevated liver enzymes and trombocytopenia. Obstet Gynecol 66:657, 1985.
- Sibai BM, Taslimi MM, EL-Nazer A, Aman E, Mabie BC, Ryan GM:** Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia, eclampsia. Am J Obstet Gynecol 155:501-509, 1986.
- Kaunitz AM, Hughes JM, Grimes DA, Smith JC, Rocnat RW, Kafrissen ME:** Causes of maternal mortality in the United States. Obstet Gynecol 65:605-12, 1985.
- Sibai BM:** The HELPP syndrome. Am J Obst and Gyn 311-7, 1990.
- Tsoe E, Reid RP, Barish RA, Browne BJ:** Late past partum eclampsia. Ann Emerg Med 16:907-9, 1987.
- Student I:** Differentialdiagnostik der Krampfanfalle im peripartalen Zeitraum. Geburtsh. u. Frauenheilk 52:421, 1992.
- Zeumer H:** Sinustrombosen. In: Hacke, W: Neurologische Intensivmedizin
- Kuhn W, Rath W, Loos W, Graeff H:** Le syndrome Hellp. Resultats cliniques et d'analyse en laboratoire. Rev Fr gynecol. obstet 87:323, 1992.
- Mackenna J, Dover NL, Brame RG:** Preeclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets- an obstetric emergency? Obstet Gynecol 62:751-4, 1983.
- Thiagarajah S, Bourgeois FJ, Harbert GM, Claudle MR:** Thrombocytopenia in preeclampsia: associated abnormalities and management principles. Am J Obstet Gynecol 150-151, 1984.
- Spitzer D, Steiner H, Graf A, Klein M, Staudach A:** Das rezidivrisiko beim Hellp syndrom. Z.f. Geburtsh. u. Perinat 197:241, 1993.
- Miles JF, Martin JM, Blake PG, Perry KG, et al:** Postpartum eclampsia: A recurring perinatal dilemma. Obstet Gynecol 76:328, 1990.