

On Yıllık HELLP Olgularının Değerlendirilmesi

Melahat Dönmez KESİM, Murat ERDEMİR, İbrahim KAYA, Akın AYDEMİR
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği- İSTANBUL

OZET

ON YILLIK HELLP OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: 10 yıllık HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelets) sendromu olgularını değerlendirerek, fetal ve maternal sonuçlara dikkat çekmeyi amaçladık.

Yöntem: 1.1.1990-1.1.2000 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde HELLP sendromu tanısı alarak doğumunu gerçekleştirdiğimiz 35 olgu çalışma kapsamına alındı.

Bulgular: 10 yıllık dönemde kliniğimizde doğum yapan 400 gebeliğin indüklediği hipertansif (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) olgunun 35'i (% 8.75) HELLP sendromu idi. Olgularımız içinde maternal mortalite oranı % 2.85 (bir olgu), perinatal mortalite oranı % 36.8 olarak tesbit edildi.

Sonuç: Düzenli antenatal takip ve tedavi ile HELLP sendromunun dikkatle araştırılması erken tanı ve uygun yaklaşım ile perinatal ve maternal mortalite büyük ölçüde azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: HELLP sendromu, Gebelik sonuçları

SUMMARY

EVALUATION OF HELLP CASES: REVIEW OF TEN YEARS

Objectives: We aimed to take attention to the fetal and maternal results by evaluating 10 years of HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelets) syndrome cases.

Materials and Methods: Thirty-five cases who were diagnosed as HELLP syndrome and delivered between 01.01.1990-01.01.2000 at Şişli Etfal Teaching and Research Hospital 3rd Obstetrics and Gynecology Department were included in this research.

Results: In this ten years of period from 400 pregnancy induced hypertension (PIH) cases, who delivered in our clinic 35 (8.75 %) were HELLP syndrome cases. Among our cases, maternal mortality rate is determined as 2.85% (one case), and perinatal mortality rate as 36.8%.

Conclusions: With careful research of HELLP syndrome by regular antenatal follow up and treatment, early diagnosis and appropriate approach, perinatal and maternal mortality rates can be decreased.

Key Words: HELLP syndrome, Perinatal outcomes

Preeklampsideki hemoliz, anormal karaciğer fonksiyon testleri, trombositopeni gibi komplikasyonlar uzun yıllar pek çok yazarın dikkatini çekmiştir. 1982'de Weinstein bu komplikasyonları HELLP adı altında bir sendrom olarak tanımlamıştır (1-3).

Literatürde HELLP sendromunun tanımı, sıklığı, sebebi, teşhis ve tedavisi konusunda değişik görüşler mevcuttur. Sıklık olarak % 2-12 arasında değişen değerler bildirilmektedir. Bildirilen sıklık farklılıkları; tanı kriteri, zamanı ve metod farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Bazıları hemolizi dahil etmezken, bazıları da 100.000/mm³ üzerindeki trombosit değerlerini de kriter olarak almaktadır. Aynı şekilde hangi karaciğer fonksiyon testlerinin esas

alınması konusunda fikir birliği yoktur (4-6). Literatürdeki karışıklığı gidermek için Sibai kendi kullandığı kriterleri yayınlamıştır. Bugün halen en çok kabul edilen Sibai'nin kriterleri aşağıdaki gibidir (4, 5, 7).

1- Hemoliz

- a) Anormal periferik yayma
- b) Bilirubin düzeyinin 1.2 mg./dl'den yüksek olması
- c) LDH düzeyinin 600 U/L'den yüksek olması

2- Karaciğer enzimlerinde yükselme

- a) SGOT düzeyinin 70 U/L'den yüksek olması
- b) LDH düzeyinin 600 U/L'den yüksek olması

3- Trombositopeni için; milimetre küpte

100.000'den az trombosit olması

HELLP sendromunda doğum zamanı konusunda çeşitli görüşler vardır. Bazı yazarlar acil doğum

önerirken, bazıları ise konservatif yaklaşımla fetus matüritesinin sağlanması için gebeliğin devam ettirilmesini tavsiye etmektedirler (3, 4, 8).

Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde doğum yapan HELLP sendromu olgularını inceleyerek, maternal ve fetal sonuçlara dikkat çekmektir.

YÖNTEM

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1.1.1990-1.1.2000 tarihleri arasında HELLP sendromu tanısı konularak doğumu gerçekleştirilen 32 tekiz ve 3 ikiz olmak üzere 35 gebe çalışma kapsamına alındı.

HELLP sendromu tanısı için Sibai'nin tanımladığı hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombositopeni kriterleri dikkate alındı. Tüm gebelerin ayrıntılı fizik muayeneleri ve laboratuvar değerlendirmeleri yapıldı. Gebelerin hepsine konvülsiyon profilaksisi, 4.5 gr. IM ve 4.5 gr. IV yükleme dozundan sonra, IV olarak 1.5-2 gr/saat infüzyon şeklinde MgSO₄ uygulandı.

Travayda olmayan gebelere 5 ünite oksitosin ile 2-3 dakikada bir otuz kırk saniye süren uterin kontraksiyonlar sağlanıncaya kadar doğum indüksiyonu uygulandı. Gebeler intrapartum NST (non stres test) ile takip edildi. Gebelere öncelikle vajinal doğum planlandı, vajinal doğumda başarısız olan olgular abdominal (sezaryen ile) olarak doğurtuldu.

Tüm yenidoğanlar, yenidoğan doktoru tarafından ayrıntılı olarak muayene edildi. Riskli yenidoğanlar, yenidoğan servisinde takibe alındı. Tüm gebeler postpartum 6 gün kliniğimizde yakın takibe alındı. Bu şekilde maternal ve perinatal sonuçlar ayrıntılı olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Kliniğimize 1.1.1990-1.1.2000 tarihleri arasında yatırılan 400 PIH'li gebenin 35'inde HELLP sendro-

mu tespit edildi. Olgular antenatal takipli olmadıklarından dolayı gebelik öncesi kan basınçları bilinmiyordu. Gebeliğin indüklediği hipertansiyon olgularında HELLP sendromu oranı % 8.75 olarak saptandı. Hipertansiyonsuz HELLP olgusuna rastlanmadı. Olgularımızın yaş ortalaması 26.12 ± 5.68 (aralık 16-42), 17'si (% 48.5) primipar, 18'i (% 51.5) multipar olarak saptandı.

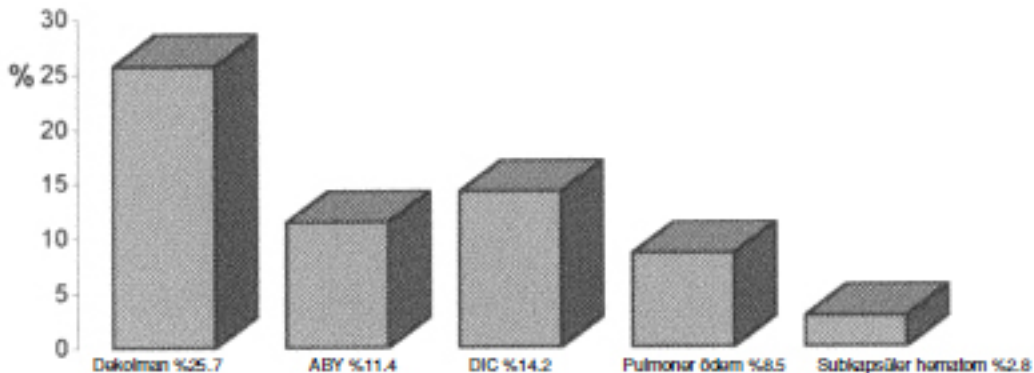
Yine olgularımızın ortalama gebelik haftası 36.01 ± 2.7 (aralık 28-40) olarak bulundu. Doğum şekli incelendiğinde 17'si (% 48.5) sezaryen ile 18'i (% 51.5) vajinal yol ile doğurtulduğu tesbit edildi. Bir olguda maternal ölüm saptandı ve maternal mortalite oranı % 2.85 olarak belirlendi. Bu olgumuz fetal distres nedeni ile acil sezaryen uygulandıktan 72 saat sonra hastanemiz yoğun bakım ünitesinde eksitus oldu. Gebelerin 9'unda (% 25.7) abruptio plasenta, 4'ünde (% 11.4) akut böbrek yetmezliği (ABY), 5'inde (% 14.2) yaygın damar içi pıhtılaşma (Disseminated intravascular coagulopathy - DIC), 3'ünde (% 8.5) pulmoner ödem ve birinde (% 2.8) subkapsüler hematoma tesbit edildi (Grafik 1).

Perinatal mortalite kapsamında 7'si (%18.4) ölü doğum, 7'si (% 18.4) erken neonatal olmak üzere 14 (% 36.8) bebek ölümü görüldü (Grafik 2). Yenidoğanların 16'sında (% 51.6) intrauterin gelişme geriliği (IUGR) saptandı.

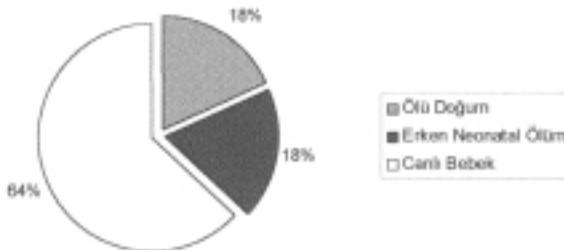
TARTIŞMA

HELLP sendromunun saptanması ağır bir sistemik hasarı göstermekte ise de, hiçbir anormal klinik ve laboratuvar bulgusu göstermediği için konservatif takibe alınan hafif preeklampsiyelere veya doğumdan sonrada aniden gelişebilmektedir (5,9).

HELLP sendromu sıklığı literatürlerde % 2-12 oranında verilmektedir (4). Yine Fagan % 15, Tanner % 8.8, Willy % 4-12 olarak bildirmişlerdir (1,3,10). Bizim çalışmamızda ise bu oran % 8.75 olarak tesbit edilmiş olup bu sonuç literatürler ile



Grafik 1. HELLP olgularında maternal morbidite oranları.



Grafik 2. HELLP olgularında perinatal mortalite oranları.

uyumluluk göstermektedir. Yine HELLP sendromu üzerine yapılan çalışmalarda Willy ortalama maternal yaşı 27, gebelik haftasını ise 35.1, Taner ise sırasıyla 25.5 ve 35.3 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda ortalama maternal yaş 26.12 ± 5.68 , ortalama gebelik haftası 36.01 ± 2.7 olarak tesbit edilmiştir. Bulduğumuz sonuçlar literatürle uyumlu olarak saptanmıştır.

HELLP sendromlu gebelerde doğum sırasında yönetim halen tartışılmaktadır. 32. gebelik haftasından büyük gebeliklerde malprezentasyon veya fetal distress yoksa, servikal olgunluk yeterli ise doğum indüklenmektedir. Servikal olgunluk yeterli değil ise, serviksi olgunlaştıracak metodlar denenebileceği gibi elektif sezaryen de uygulanmaktadır. 32. haftadan küçük gebeliklerde serviks uygun değilse elektif sezaryen uygulanmaktadır (5,11-13).

Yapılan çalışmalarda HELLP sendromunda sezaryen oranını Sofuoğlu % 60, Sibai % 42, Yücel % 90 olarak tesbit etmişlerdir (6,12,14). Bizim olgularımızda tesbit edilen % 48.5 sezaryen oranı literatür değerleriyle uyumlu bulunmuştur.

HELLP sendromlu gebelerde yapılan çalışmalarda maternal mortalite oranını Taner % 25, Erden % 0-24 olarak bildirmişlerdir (3, 15). Çalışmamızdaki % 2.85 olarak saptanan maternal mortalite oranı literatür sınırları içerisinde yer almaktadır.

Maternal morbiditeye yol açan en ciddi faktör olan DIC'in preeklampsideki rolü tartışmalıdır. Birçok araştırmacı HELLP sendromunu DIC'in bir varyantı olarak kabul etmemektedir. Çünkü PT, aPTT ve fibrinojen gibi koagülasyon parametreleri normal olabilmektedir. Bununla birlikte klinik uygulamalarda DIC tanımı zordur. DIC'in yaygınlığı önemli bir prognostik faktördür. Çünkü peripartum dönemde hayatı tehdit edici maternal komplikasyonların sıklığı, DIC tablosunun ağırlığı ile paralellik göstermektedir. Karaciğer, akciğer, beyin, böbrek gibi organ sistemlerindeki yaygın hasar bu hastalardaki fulminan DIC tablosunun bir takipçisi görülmektedir (16, 17).

Sibai 442 HELLP olgusunda % 21 DIC, % 16 abruptio plasenta % 7.7 ABY, % 6 pulmoner ödem saptamıştır (12). Porozhonovo % 10.5 DIC, % 15.8 abruptio plasenta, % 5.2 pulmoner ödem, % 5.2

ABY tesbit etmiştir (18). Çalışmamızda % 25 abruptio plasenta, % 11.4 ABY, % 14.2 DIC, % 8.5 pulmoner ödem tesbit edilmiştir. Literatürdeki değerlerden fazla bulunmuştur. Bu yüksek oranın hastanemize başvuran gebelerin düşük eğitim düzeyine ve antenatal kontrollerine düzenli gelmemelerine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

HELLP sendromunda perinatal mortalite oranını Taner % 66.6, Sibai % 14.1-31.5, Kal % 31.5 bulmuşlardır (3, 12, 17). Yine ölü doğum oranını Yücel % 20, Vicián % 56, Visser % 8.5 olarak saptamışlardır (14, 18, 19). Literatürde IUGR oranı % 25-80 arasında belirtilmektedir (15). Çalışmamızda perinatal mortalite oranı % 36.8, ölü doğum oranı % 18.4 ve IUGR oranı ise % 51.6 olarak bulunmuştur. Bulduğumuz bu değerler literatürle uyumluluk göstermektedir.

HELLP sendromunda perinatal ve maternal mortalite oranı belirgin olarak yükselmektedir. Ödem olmadan, kan basıncı yükselmeden de HELLP sendromu olguları oluşabileceğinden özellikle antenatal takiplerine gitmeyen gebelerin çok olduğu ülkemizde trombosit ve karaciğer enzimleri takibi ile gebelerin sağlık kontrollerinin çok iyi yapılması düzenli antenatal takip, erken tanı ve uygun tedavi ile HELLP sendromunda perinatal ve maternal mortalitenin büyük ölçüde azaltılabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Fagan EA. Disease of liver, biliary system and pancreas. In: Creasy RK, Resnik R (ed) Maternal fetal medicine. WB Saunders Company, Philadelphia 1994; 58: 1040
2. James MR. Pregnancy-Related Hypertension. In: Creasy RK, Resnik R (ed) Maternal fetal medicine. WB Saunders Company, Philadelphia 1994; 49: 804
3. Taner CE, Erden AC, Kocabağlı C, Demiroğlu S, Bilgir O. HELLP sendromlu 12 olgu ve tedavide yaklaşımlar. *Anatolian J Gynecol Obstet* 1993; 3: 129
4. Gürbüz H. HELLP sendromu (hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı) olan 75 gebede maternal morbidite ve mortalite. Uzmanlık tezi, İstanbul, 1998
5. Kesim M, Karlık I, Erdoğan H, Ustaoglu M, Şengör AF. Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon olgularının değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 1994; 2: 214-9
6. Sofuoğlu K, Kuyumcuoğlu U, İnamaz A, Ayas S. Preeklampsisi ve eklampside takip ve tedavi: 182 olgu analizi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1998; 30: 145-8
7. Şen C, Yayla M. Preeklampside maternal mortalite ve morbidite. *Perinatoloji Dergisi* 1999; 7: 217-33
8. Magann EF, Bass D, Chazuan SP, Sullivan DL, Martin RW, Martin JN Jr. Antepartum corticosteroids: Disease stabilization in patients with syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP). *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1148
9. Öz H, Akker A, Aykaç B, Sun S. Preeklampside anestezi ve yoğun bakım. *Perinatoloji Dergisi* 1993; 1: 50
10. Willy V, Huk CSW. Temporising management of severe Preeclampsia with and without the HELLP syndrome. *Br J Obstet Gynecol* 1995; 102: 111
11. Schiff E, Friedman SA, Sibai BM. Conservative management of severe Preeclampsia remote from term. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 626-30
12. Sibai BM, Mohammed K, Ramadan MD, Usta I, Salama M,

- Mercer BM et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 1001-6
13. Şen C, Madazlı R, Erdiñç S. Gebelik ve hipertansiyonda klinik yönetim. *Kadın Doğum Dergisi* 1992; 1: 9-12
14. Yücel MA, Pakdemir S, Erarslan S, Yardım T. HELLP sendromunda primer tedavi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 1997; 11: 92-5
15. Erden AC, Yayla M. Preeklampsi ve eklampside maternal ve fetal morbidite ve mortalite. *Perinatoloji Dergisi* 1993; 1: 24-30
16. Prozhoneva V, Bozhoniva S, Khristova V. The perinatal outcome in adolescent with eclampsia and the HELLP syndrome. *Akush Ginekol* 1996; 35: 14-6
17. Kal U, Tekirdağ Aİ, Ceylan Y, Arsan B. Gebelik ve hipertansif hastalıkta perinatal mortalite. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1992; 24: 152-61
18. Vicdan K, Gökmen O. HELLP sendromu: Preeklampsideki yeri konusunda yeni görüş ve gelişmeler. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 1992; 6: 38-43
19. Visser W, Wallenburg HCS. Temporising management of severe preeclampsia with and without the HELLP syndrome. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 102: 111-7.