

KAYNAKLAR

1. Rıza Madazlı, Konjenital Kalp Hastalıklarının Prenatal Tanısı, Obstetrik ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Dergisi Cilt 1, Sayı 1-2, 1997.
2. Color Atlas of Fetal Cardiology, Lindsey Allan et al, Mosby-Wolfe Publishing 1994.
3. Chaui R, Gembruch U. Zur Epidemiologie der kongenitalen Herzfehler beim Feten und Neugeborenen, Der Gynakologe 3:165-1997.
4. Chaui R. sonographic Anatomy of the Fetal heart, First baltic Sea Conerence on Fetal Haemodymics, page 29-32, Congress-Book, 8-10 Juna 1995 Lubeck-Germany.

HELLP SENDROMU VE YÖNETİMİ

Doç.Dr.Umur Kuyumcuoğlu

Hellp sendromu, zaman zaman tan da güçlülere neden olan obstetrik bir klinik antitedir. ilk kez 1982 yılında Weinstein tarafından tanımlanmıştır. Sendrom, adın bazı preeklamptik hastalarda görülen laboratuvar değışikliklerinin baş harflerinden almakta olup H: Hemoliz , EL: Yükselmiş karaciğer enzimleri, LP: Trombositopeni yi ifade etmektedir. Hellp sendromu tanı kriterlerinden laboratuvar biügulan olarak hemoliz; anormal periferik yayma,artmış bilirubin (>1.2 mg/dL) ve artmış laktik dehidrogenaz (>600 IU/L) yüksek karaciğer enzimleri; artmış SGOT (>70 IU/L) ve trombositopeni (<1000Ü0/mm3.) görülür. Laboratuvar bulguların ağırlığına göre alt gruplara ayrılarak değerlendirilmektedir. Sibai (1990), rapor ettiği 304 vakalık serisinde HELLP sendromu olgularının %69'unun antepartum, %31 olgunun ise postpartum ortaya çıktığını bildirmiştir. Multiparöz gebelikte aşın kilo alımı olan, generalize ödemi olan olgularda dikkatli olmak gerekmektedir. Semptom ve bulgular arasında karın-flank ve omuz ağrısı, sanlık, hematüri, diare, dişeti kanamalan dikkat çekicidir. HELLP sendromunda klasik patolojik lezyon,periportal veya fokal parankimal nekrozdur. Sinüzoidler içerisinde fibrine benzer materyal (hyalin birikimleri) görülebilir. İmmünofloresans çalışmalarında hepatoselüler nekroz alanlarındaki sinüzoidler içerisinde genellikle fibrin mikrotrombinleri ve fibrinojen birikimleri izlenmektedir. Kemik iliği tetkiki, megakaryositlerde artış gösterir ki bu da artmış trombosit tüketimi yada hasan ile uyumludur. HELLP send. Komplikasyonları: Dekolman plasenter, akut renal yetmezlik, hepatik hematom-rüptür, asit, pulmoner ödem, eklampsi, Dİ C-postpartum hemoraji, multiple organ yetmezlikleri (böbrek, AC., KC.) kardiovaskuler arrest'dir. Maternal mortalite.%1-4 (%0-14), perinatal mortalite ise %5-40 olarak bildirilmiştir.

Tedavi; yatak istirahati, kristaloidler, albümin, steroidler, antitrombotik ajanlar kullanılmaktadır. Yüksek maternal morbidite ve mortalite esas olarak Dİ C gelişimi ile ilgilidir. Tanı ile doğum arasında geçen süre arttıkça DI C görülme sıklığı da artmaktadır. Güvenilir klinik ve lab. endikatörler bulunmadığından prognozu tayin etmek güçtür. HELLP tanısı alan bir hastada konservatif yaklaşım yukarıda açıklanan komplikasyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Takip ve tedavi planlamasında tartışmalı olan 32-34. gebelik haftası haricinde yaklaşım, gebeliğin vaginal veya gerektiğinde sezaryen sectio operasyonu ile sonlandırılmalıdır.