

HELLP Sendromu (Olgu Bildirisi)

Ali AYDINLAR*
Mehpare TÜFEKÇİ**
Eftal ERDOĞAN***

ÖZET

Hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme, düşük trombosit sayısı — HELLP Sendromu — Weinstein tarafından 1982'de tanımlanmıştır. Nadir olduğuna inanılan bu sendromun, günümüzde tanıya varılabilmesiyle, sanıldığı kadar seyrek olmadığı ortaya çıkmıştır.

SUMMARY

HELLP Syndrome (Case Report)

Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count — HELLP Syndrome — has been described by Weinstein in 1982. This syndrome which is believed to be rare, recently by easy diagnosis, is not as rare as it was thought before.

Gebeliğe bağlı hipertansiyon anne ve fetus için yüksek riske yol açan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Multipl organ disfonksiyonu ile karakterize olan preeklampsi tüm gebeliklerin % 5 inde görülmesine rağmen, ilk gebeliklerde ve ileri yaşlarda sık rastlanmaktadır¹.

Weinstein HELLP Sendromu olarak ağır preeklampitik ve eklampitik hastalar içinde özel bir antiteyi tanımladı. Bu sendrom hemoliz, artmış serum enzimleri düzeyi ve düşük trombosit sayısı ile karakterizedir². Weinstein, ciddi hipertansiyonda her zaman hemoliz, artmış karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı görülmesinin mutad olmaması sebebiyle bu durumdaki hastaların geçmişte yanlış tanı konmuş olduğunu bildirdi. Weinstein'in serisindeki 27 hastanın tümünde preeklampsi-

* Yrd. Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

*** Uzm. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanı

nin klasik triyadı olan yüksek tansiyon, ödem ve proteinüri vardı. HELLP sendromunun karakteristik bulguları bunlara ilaveten bulunmakta idi.

HELLP Sendromuna genellikle ilk gebeliklerde veya ileri yaşlarda rastlanmaktadır³. Olgumuz, genç yaşta ve 3. gebeliği olması nedeniyle ilginçtir. Ayrıca, şuur kaybıyla birlikte seyreden HELLP Sendromu olması ve doğumdan sonra bulgularda iyileşme olmaması nedeniyle özellik gösterdiğinden yayınlamayı uygun gördük.

OLGU

İ.Ş. 23 yaşında, gebelik: 3, partus: 3 olan hasta, postpartum 2. günde şuur kapalı halde getirilerek Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine yatırıldı. 2 gün önce Devlet hastanesinde canlı kız çocuğu doğurmuş, kan basıncı regüle edilemeyen hipertansiyonlu hasta Tıp Fakültesine sevk edilmişti. Önceki gebeliklerine ait hipertansiyon anamnezi alınmadı. İkinci gebeliğinde doğumdan 15 gün önce ayaklarında şişme olmuştu. Hastanın fizik muayenesinde, genel durumu kötü, şuur kapalı, entübe durumdaki hastanın spontan solunumu vardı. Ağrılı uyarılara cevap veriyordu. Nörolojik muayenesinde patolojik refleks saptanamadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: $8800/\text{mm}^3$, hemoglobin: 9,8 gr, Ht: 31, trombosit: $106000/\text{mm}^3$, kanama zamanı: 3', pıhtılaşma zamanı: 5' 30", protrombin zamanı: 14" (13-14"), idrar dansitesi: 1005, protein: eser, glikoz: (-), sediment: 4-5 lökosit, üre: % 35 mg, şeker: % 115 mg, Na: 139 mEq/l, K: 4.6 mEq/l, T. Bilirubin: % 0.5 mg, D. Bilirubin: % 0.26 mg, SGOT: 74 Ü/l, SGPT: 35 Ü/l, alkali fosfataz: 298 Ü/l (80-220 Ü/l), total protein: % 4.8 gr, albumin: % 2.0 gr. idi. 1.5 gr MgSO_4 intravenöz olarak verildi. İdame dozu saatte 2 mg olacak şekilde perfüzyona devam edildi. Kan basıncı, maksima 190-145 mmHg, minima 130-90 mmHg civarında seyretti. Trombositopenisi nedeniyle 1 gr/kg/gün metilprednisolon tedavisine başlandı. 2 gün sonra SGOT: 135 Ü/l ve SGPT: 53 Ü/l ye yükseldi. Alkali fosfataz: 330 Ü/l oldu. Total Bilirubin: % 0.87 mg, D. Bilirubin: % 0.33 mg a yükseldi. Trombosit: $80\ 000/\text{mm}^3$ oldu. Kranial CT'de: Beyin sapında hipodens görünüm dikkati çekti. Komşu quadrigeminal sisternanın oblitere olduğu ve yan ventriküllerin temporal formlarının belirginleştiği izlendi. Aynı yoğunlukta bir yer kaplayan lezyon saptanamadı. Görünüm, beyin sapı (thalamus seviyesi) ile ilgili bir lezyon düşündürdü. Ancak, benzer görünüm artefak olarak da ortaya çıkabileceği için, kliniği de uymadığından yeniden kranial CT yapılması planlandı. Genel durumu bozuk olması nedeniyle tekrarlanamadı. Hasta solunum arrestini takiben gelişen kardiyak arrest sonucu kaybedildi.

TARTIŞMA

HELLP Sendromu anne ve fetus için büyük bir risk teşkil eder. Bu sendromun doğru teşhis edilebilmesi, ancak obstetrisyenin internist ile konsültasyonu ve laboratuvar parametrelerinin gözönüne alınması ile yapılabilir. Başlıca semptom karın üst kadranda ağrıdır. Hastaların hepsinde trombositopeni, karaciğer enzimlerinde yükselme görülür. Hemoliz belirtisi olarak, bilirubin ve LDH değerinde yükselme olabilir. Bazı olgularda periferik yaymada fragmantositler ortaya çıkar⁴.

Bazı araştırmacılar, tanı konulur konulmaz gebeliğin, haftasına bakılmaksızın sezeryenle sonlandırılmasını tavsiye ederler³. Zira, tablo doğumu takiben süratle dü-

zelir. Bu işlem, anne için mevcut olan tehlikeyi azalttığı gibi, fetusun perinatal prognozunun düzelmesini sağlar. Bu konuda tecrübesi olan araştırmacılar, üst abdominal kadranda ağrısı olan gestozlu gebelerde, HELLP sendromunu tanıyabilmek için gerekli laboratuvar taramasını ve gerekiyorsa vakit geçirmeksizin sezeryen yapılmasını önermektedirler.

Olgumuzda ise, tanı zamanında konulmadığı için, gebe spontan doğuma terk edilmiş, bu nedenle tablo progresyon göstererek ağırlaşmış, annede şuur kaybına yol açmıştır. Prognozun kötü olmasını, gebeliğin devamına izin verilmesine bağlamaktayız.

HELLP Sendromunda, nörolojik tablolar görülebildiği daha önce bildirilmiştir¹. Şuur kaybı olan hastamızın nörolojik muayenesinde bir özellik bulunamadı. Yapılan kranial CT'de primer nörolojik patolojiyi gösterecek bir bulgu saptanmadı.

Bazıları, bu sendromu antenatal trombositopeninin sebebi olarak tanımlamaktadırlar⁴. Seri olarak yapılan trombosit sayımı, erken teşhis ve hastalığın ciddiyeti hakkında doğru bilgi verdiği söylenmiştir^{2,6}.

Ayrıca, trombositopeninin kronik olduğu, fakat yavaş gelişen bir problem olduğu bildirilmiştir³.

Netice olarak, ağır preeklampsi ve eklampsi ile birlikte karın üst kadranda ağrısı, trombositopenisi olan hastanın HELLP Sendromu olabileceği hatıra getirilerek karaciğer enzimlerine bakılmalıdır. Şayet tanı, bu sendrom ise, maternal ve neonatal prognoz daha iyi olması için gebeliğin sonlandırılması, hastanın yakından değerlendirilmesi ve takibi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. LEVAVI, H., OVADIA, J.: Pre-eclampsia, "Hellp" Syndrome and Postictal Cortical Blindness. Acta Obstet Gynecol Scand., 66: 91-92, 1987.
2. 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, 1982.
3. JARLATH, M.K., BRAME, R.G.: Preeclampsia Associated With Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets-An Obstetric Emergency. Obstet Gynecol., 62: 751-754, 1983.
4. RATH, W., GRAEFF, H.: Die Bedeutung der Frühzeitigen Labordiagnostik für das Geburtshilfliche Vorgehen bei Schweren Gestosen und HELLP-Syndrom. Geburt u. Frauenheilk. 48: 127-132, 1988.
5. POLDRE, P.A.: Haptoglobin Helps Diagnose the HELLP Syndrome. Am J Obstet Gynecol. 157: 1267, 1987.
6. GERACE, J.R.: HELLP Syndrome. Am J Obstet Gynecol., 157: 1015-1016, 1987.

Yrd. Doç. Dr. Ali AYDINLAR
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
BURSA