

# Hellp Sendromu

Şakir KÜÇÜKKÖMÜRÇÜ\*  
Ahmet ESMER\*  
Eftal ERDOĞAN\*\*

## ÖZET

*Eklampsi sonucu gelişen bir Hellp sendromu olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.*

## SUMMARY

### Hellp Syndrome

*A case of Hellp syndrome that occurred often eclampsia is presented and literature reviewed.*

Preeklampsi, etyolojisi hakkında birçok teorilerin ileri sürüldüğü ve tüm gebeliklerin yaklaşık % 5'inde görülen bir patolojidir<sup>1,2</sup>.

Weinstein, ağır preeklampitik ve eklampitik gebelerde hemoliz, karaciğer enzimlerinin yükselmesi ve trombositemi ile karakterize olan HELLP Sendromu'nu (Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) tanımlamıştır<sup>3</sup>.

Hellp sendromu ağır preeklampitiklerin % 10'unda görülmektedir ve beyaz ırkta daha sık rastlanmaktadır<sup>1</sup>.

## OLGU

Olgumuz Ş.E. 24 yaşında, Gravida: 5, Partus: 3, Abortus: 1. Şuurunu kaybetmesi ve konvülsiyon geçirmesi üzerine acil olarak kliniğimize müracaat etmiş ve yatırılmıştır. Gebe ile kooperasyon kurulamaması üzerine yakınlarından alınan anamnezinde; 3 vaginal doğumunun olduğu, birinci çocuğunun post-partum eks olduğu,

\* Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

\*\* Dr.; Orhaneli Devlet Hastanesi, Kadın-Doğum Uzmanı.

iki çocuğunun sağlıklı olduğu öğrenildi. Son 15 günden beri ayaklarında şişme olduğu, iki gündür şiddetli baş ağrısından yakındığı ve geçmişte önemli bir hastalık ve operasyon geçirmediği ifade edilmişti.

Gebenin yapılan muayenesinde: Şuur bulanık, non-koopere, vücudunda yaygın peteşiyal döküntülerin olduğu saptandı. Pretibial (++) ödem, KB: 180/140 mm Hg, Nabız: 96/dakika, ateş 36,6°C olarak bulundu.

Obstetrik muayenesinde: Uterus 24-26 haftalık gebelik cesametinde, ÇKS: 100/dakika ve non efektif kontraksiyonları vardı.

Yapılan vaginal tuşede: Cervix: 3 cm., silinme: % 40, Baş: (-3/-2)'de, poş (+) olarak saptandı.

Gebeye acilen % 5 Dextrose 500 cc + 3 amp. MgSO<sub>4</sub> ile perfüzyona başlandı. Ayrıca 1 amp MgSO<sub>4</sub> İV, 10 mg Diazem İM olarak enjekte edildi.

Yapılan laboratuvar incelemesinde: Hemoglobin: % 9 gr. hematokrit: % 28, trombosit: 60.000, Üre: % 35 mg (15-50), Kreatinin: % 0.7 mg (1-2), SGOT: 270 İÜ (0-50), SGPT: 250 İÜ (0-50), bilirubin: % 2,5 mg (0,2-1) olarak bulundu. Kanama ve pıhtılaşma zamanları normal sınırlardaydı.

Bu laboratuvar bulguları ve kliniği de gözönünde bulundurularak olgu HELLP sendromu olarak değerlendirildi.

Kontraksiyonlarının non-efektif olması nedeniyle 500 cc % 5 Dextrose + 5 İÜ Synpitan<sup>R</sup> infüzyonu ile indüksiyon uygulandı. Yaklaşık 4 saat sonra 1300 gr ağırlığında ölü bir fötüs doğurtuldu. Postpartum kanaması normal sınırlarda kaldı.

Anormal hematolojik bulgular ve karaciğer enzim seviyeleri doğumu izleyen 5-7 gün içinde normale döndü.

## TARTIŞMA

Weinstein'in sendromu tanımladığı 1982 yılından önce, Mc Kay ve arkadaşları, 5 preeklampitik gebenin hematolojik ve karaciğer enzim anormallikleri gösterdiğini ve bu olgularda perinatal mortalitenin % 60 dolaylarında olduğunu bildirmişlerdir<sup>4</sup>.

Mac Kenna ve arkadaşları, kendi merkezlerinde takip ve tedavi ettikleri 223 preeklampitik ve eklampitik gebenin 27'sinde (% 12) hemoliz, yüksek karaciğer enzim seviyeleri ve trombositopeni tesbit etmişlerdir. Mac Kenna ve çalışma grubu, Weinstein'in, HELLP sendromunun preeklampside ayrı bir antite olduğu fikrine katılmamışlardır. Weinstein, konservatif tedavinin maternal prognozu kötü yönde etkileyeceğini ve doğumun, gebelik haftasına bakılmaksızın indüksiyonla veya sezaryenle gerçekleştirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Buna karşılık Mac Kenna grubu, her zaman acilen doğumun yaptırılması fikrine karşı çıkmaktadırlar<sup>5</sup>.

Chesley'e göre trombositopeni, preeklampside yavaş gelişen kronik bir patolojidir. Anormal karaciğer enzim seviyeleri ise sürekli tesbit edilebilecek prognostik düzeylerde bulunmamaktadır<sup>6</sup>.

Weinstein'in serisinde yenidoğanlarda önemli sayıda nötropenili bebek bulunmasına rağmen, bu sayı Mac Kenna ve arkadaşlarının grubunda sadece 2'dir<sup>3,5</sup>.

Bizim olgumuzda ise ölü doğumun olması nedeniyle yenidoğanın trombosit seviyesi saptanamamıştır.

Eklampitik gebelerde % 30-50 oranında görme bozukluğuna rastlanılmaktadır<sup>7</sup>. Geçici periferik körlük preeklampitiklerin % 1'inde görülür. Kortikal körlük ise

çok daha nadir olarak görülmektedir<sup>2</sup>. Levai ve arkadaşları Hellp sendromlu bir pre-eklampitik gebelerinde kortikal körlük oluştuğunu ve acil sezaryene alınan gebenin, operasyondan sonra ilk 10 saat içinde körlüğünün ortadan kalktığını bildirmişlerdir<sup>8</sup>. Aynı olguda anormal hematolojik bulgular ve artmış olana karaciğer enzimleri de 3-5 gün içerisinde normal düzeylere inmiştir<sup>8</sup>.

Bizim olgumuzda da görme bozukluğu oluşmuş fakat ne periferal tipte ne de kortikal tipte körlük tesbit edilmemişti. Anormal hematolojik bulgular ve artmış olan karaciğer enzimleri de doğumu takip eden 5-7 gün içerisinde normal düzeylere inmişti.

Önemli olan bir diğer nokta da, ağır hipertansiyonun Hellp sendromunda her zaman mevcut olmamasından dolayı sendrom bazen hepatit, epilepsi, pyelonefrit ve çeşitli santral sinir sistemi hastalıkları ile karışabilmekte ve yanlış tanı konulabilmektedir<sup>3</sup>.

Sonuç olarak, ağır preeklampitik ve eklampitik gebelerin tüm kan profillerinin yapılmasının Hellp sendromunun tanısının konulmasında gerekli olduğu düşüncesindeyiz. Doğumun acilen gerçekleştirilmesinin de maternal prognozu iyi yönde etkileyeceği fikrine biz de katılmaktayız.

#### KAYNAKLAR

1. SIBAI, B.M.: Preeclampsia-Eclampsia. in: Sciarra Gynecology and Obstetrics, Eds. J.J. Sciarra. Harper and Row Publishers, Philadelphia, 1987, vol: 2, Chap: 51, p. 1.
2. PRITCHARD, J.A., MAC DONALD, P.C.: Williams Obstetrics, 17<sup>th</sup> ed. Appleton-Century-Crofts, New York, 1985, p. 525.
3. 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.
4. KILLAM, A.P., DILLARD, S.H., PATTON, R.C.: Pregnancy-induced hypertension complicated by acute liver disease and disseminated intravascular coagulation. Am. J. Obstet. Gynecol., 123: 823, 1975.
5. MACKENNA, J., DOVER, N.L., BRAME, R.G.: Preeclampsia Associated With Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets. An. Obstetric. Emergency? Obstet. Gynecol., 62: 571, 1983.
6. CHESLEY, L.C.: Hypertensive disorders in pregnancy. 1<sup>st</sup> ed., Appleton-Century-Crofts, New York, 1978, p. 256.
7. DONALDSON, J.O.: Neurology in Pregnancy. W.B. Saunders, Philadelphia, 1978, p. 211.
8. LEVAI, H., NERI, A., ZOLDAN, J.: Preeclampsia. "Hellp" Syndrome and Post tictal Cortical blindness, Acta. Obstet. Gynecol. Scand., 66: 91, 1987.

Doç. Dr. Şakir KUÇUKKÖMÜRÇÜ  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Anabilim Dalı  
BURSA