

Hellp Sendromlu Vakaların Değerlendirilmesi

Çetin Çelik¹, Ali Acar¹, Oğuzhan Gönenç², Hüseyin Görkemli¹, Metin Çapar³, Cemalettin Akyürek⁴

¹Yrd.Doç.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

²Arş.Gör.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

³Doç.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

⁴Prof.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

Özet

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 01.06.1998 ile 31.12.1998 tarihleri arasında yatırılıp takip edilen 14 Hellp sendromlu vaka prospektif olarak incelenmiştir. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebekler mortalite ve morbidite yönünden değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Preeklampsia, Hellp sendromu

To Asses the Cases with Hellp Syndrome

Abstract

In this study, 14 cases with Hellp syndrome who were hospitalized in Selçuk University Faculty of Medicine between 01.06.1998-31.12.1998 were examined prospectively. Mothers and babies in terms of mortality and morbidity in prenatal, postnatal periods and labor were investigated.

Key Words: Preeclampsia, Hellp syndrome.

Hemoliz, karaciğer enzimlerinin yükselmesi ve trombositopeni ile karakterize olan tabloya Hellp sendromu adı verilir (1). Tipik olarak ağır preeklampatik ve eklampatik hastalarda ortaya çıkar (2). Ağır preeklampatik ve eklampatik hastaların % 10' unda görülür. Terme yakın bir dönemde ortaya çıkabileceği gibi termden uzak bir dönemde ve kan basıncı yüksekliği olmaksızın da ortaya çıkabilir. İntrauterin kayıplar sıklığı (% 10-15) ve neonatal ölüm hızı % 20-25'dir (2,3).

Hellp sendromu anne ve bebek için önemli bir mortalite sebebi olduğu gibi çok ciddi komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Bunlardan bazıları akut böbrek yetmezliği, batın içi kanamalar, karaciğer rüptürü, subkapsüler karaciğer hematomları, sinus ven trombozu, serebral kanama ve infarktardır (4-7).

Hellp sendromunun, preeklampsia ve eklampsiye göre tekrarlama riski düşüktür (% 3-5) (8). Hellp sendromlu olgularda, maternal mortalite % 1-24 arasında değişen oranlardadır (8-11).

Bu çok ciddi sonuçlara yol açabilecek sendrom hem anne hem de bebek açısından acil müdahaleyi gerektiren bir durumdur. Genellikle doğumdan sonraki 2-3 gün içerisinde hasta normale döner (12).

Bu çalışmada 1998'in ikinci yarısında takip edilen 14 Hellp sendromlu vakanın değerlendirilmesi yapıldı.

Materyal ve Metod

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 01.06.1998 ile 31.12.1998 tarihleri arasında yatan preeklampatik ve eklampatik gebelerden Hellp sendromu gelişen 14 olgu prospektif olarak incelendi.

Tanı kriterleri olarak periferik yayma ile teyit edilen hemoliz bulguları, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombositopeni arandı.

Obstetrik değerlendirme fizik muayene, nonstrest test, kontraksiyon strest test, ultrasonografi ve Doppler USG ile yapıldı. Hastaların günlük hemoglobin, hematokrit, trombosit, idrar proteini, enzimleri, sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, total protein, albumin, fibrinojen, PT, aPTT seviyeleri takip edildi. Periferik yaymaları ve göz dibi değerlendirmeleri yapıldı. Kreatin klirensleri ve 24 saatlik idrarda protein seviyeleri tespit edildi.

Tedavide hastalara 6 gr İM, 3 gr İV yükleme dozunu takiben 1 gr/saat gidecek şekilde MgSO₄ perfüzyonu yapıldı. Antihipertansif olarak metildopa 1gr/gün ve gerektiğinde dilaltı nifedipin verildi. Bu tedavilere cevap vermeyen hipertansif ataklarda gliserol trinitrat perfüzyonu yapıldı. Konvülsiyon gelişen hastalarda İV diazepam kullanıldı.

Hastalar doğum öncesi durumları, doğum şekli ve doğum sonrası anne ve bebekte meydana

gelebilecek komplikasyonlar açısından takip edildi.

Bulgular

HELLP sendromu gelişen vakaların yaşları 22 ile 42 arasında idi. Ortalama yaş 27.85 ± 6.75 olarak tespit edildi. Gebelik sayıları 1-9, doğum sayıları 0-7, yaşayan çocuk sayıları 0-7 arasında idi. Ortalama gebelik sayıları 4.14 ± 2.10 , doğum sayıları 2.42 ± 2.10 yaşayan çocuk sayıları ise 1.71 ± 1.89 olarak bulundu. Gebelik haftaları 30-38 haftalar arasında idi. Ortalama gebelik haftası 34.42 ± 2.68 olarak tespit edildi. Vakaların obstetrik bulguları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Vakaların Obstetrik Bulguları

Hasta	Yaş	GS	DS	YÇS	GH
1	24	5	4	0	37
2	24	1	0	0	36
3	42	9	7	7	38
4	22	5	3	3	35
5	27	5	4	2	30
6	32	4	2	2	33
7	24	2	0	0	33
8	42	5	4	3	36
9	22	2	1	1	33
10	27	1	0	0	38
11	32	5	3	2	30
12	24	4	2	2	33
13	24	5	0	0	33
14	24	5	4	2	37

GS: Gebelik Sayısı, YÇS: Yaşayan Çocuk Sayısı, DS: Doğum Sayısı, GH: Gebelik Haftası

Vakalarda ortalama Hb: 8.5 ± 0.6 gr/dl, Htc: $\%25.7 \pm 2.6$, trombosit: $58428.57 \pm 12840.52/\text{mm}^3$, SGOT: 852.50 ± 733.16 IU/L, SGPT: 457.42 ± 270.92 IU/L, olarak tespit edildi. Hematolojik ve biokimyasal değerler Tablo 2'de görülmektedir.

Sezaryen ile 4 olguya doğum yaptırılırken, 10 vakada vaginal doğum tercih edildi. Vaginal doğum yapan 4 vaka spontan olarak doğum eylemine girerken, 6 vakaya oksitosin ile doğum indüksiyonu uygulandı.

Bebek ağırlıkları 1300 gr ile 2400 gr arasında idi. Ortalama kilo ise 2028.57 ± 430.43 gr olarak bulundu. Apgar değerleri 4 ile 8 arasında, ortalaması ise 6.6 ± 1.3 idi. Doğum şekli ve perinatal değerlendirme Tablo 3'de görülmektedir.

Yapılan değerlendirmede hiçbir vakada maternal mortalite görülmedi. Akut böbrek yetmezliği gelişen bir vakada üre ve kreatin değerleri progresif olarak yükseldi. Hastanın diüretik tedaviye cevap vermemesi üzerine dialize alındı. Daha

sonra hastanın böbrek fonksiyonları normale dönerek şifa ile taburcu edildi. Başka herhangi bir maternal komplikasyon gelişmedi.

Tablo 2. Vakaların Hematolojik ve Biyokimyasal Değerleri

Hasta	Hb gr/dl	Htc %	Trombosit sayı/mm	SGOT IU/L	SGPT IU/L
1	8.1	23	64000	219	244
2	8.8	28	44000	925	482
3	9.0	28	84000	787	442
4	8.4	27	55000	736	479
5	8.4	25	54000	185	165
6	7.2	21	43000	2635	967
7	9.1	29	55000	640	279
8	8.8	27	55000	756	557
9	8.3	26	48000	875	686
10	9.2	28	68000	328	216
11	8.4	28	54000	738	501
12	7.4	22	85000	2300	982
13	9.1	25	55000	632	236
14	8.1	23	54000	179	168

Tablo 3. Doğum Şekli ve Perinatal Değerlendirme

Hasta	Doğum Şekli	Doğum Ağırlığı (Gr)	Apgar (1. Dk)	Perinatal Mortalite
1	Sezaryen	2200	7	Yok
2	Vaginal	2300	8	Var
3	Vaginal	2400	7	Yok
4	Vaginal	2100	7	Yok
5	Vaginal	1600	4	Yok
6	Sezaryen	2400	6	Yok
7	Vaginal	1300	7	Yok
8	Vaginal	2400	8	Yok
9	Vaginal	1400	4	Var
10	Sezaryen	2300	6	Yok
11	Vaginal	2400	7	Yok
12	Vaginal	2100	7	Yok
13	Sezaryen	2200	8	Yok
14	Vaginal	1300	7	Yok

Bebeklerden 6'sı yenidoğan ünitesine yatırılmaksızın sağlıklı olarak taburcu edilirken, yenidoğan ünitesine yatırılan 8 bebekten birinde kardiyak anomali tespit edildi ve bebek kardiyak arrest sebebiyle kaybedildi. Bebeklerden biri respiratuvar distres sebebiyle kaybedildi. Altı bebek ise bir süre takip edildikten sonra (3-17 günler arası) sağlıklı olarak taburcu edildiler.

Tartışma

HELLP sendromu preeklampitik ve eklampitik gebelerde seyrek olarak ortaya çıkan bir tablodur. Gebeliğe bağlı hipertansiyon olgularının % 2-12'sinde geliştiği bildirilmektedir (12). Çalışma

süresince 43 preeklampitik ve eklampitik hastadan % 16'sında Hellp sendromu görüldü. Orandaki bu fazlalık Hellp sendromlu vakaların takip amacıyla kliniğimize diğer hipertansif gebelere göre daha sık sevk edilmelerinden kaynaklanmaktadır.

Bu sendrom, önemli fetal ve maternal mortalite ve morbiditeye neden olan bir patolojidir. Elimizde bu sendromun gelişebileceğini gösteren testler olmadığı gibi seyrini önceden tahmin edebilmemizi sağlayacak testler de henüz geliştirilmemiştir (1). Son yıllarda hastalara uygulanan agresif tedaviler fetal ve maternal mortalite ve morbiditede azalmalara yol açmıştır (8,13). Gebeliği sonlandırmaksızın yapılan konservatif tedaviler ancak fetüsün immatür olduğu ve hastalığın ilerlemediği hallerde, anne ve fetusun sağlık durumu çok yakından takip edilerek denenebilir (8,13). Bu yaklaşım ancak yeterli tecrübe ve donanımı olan kliniklerde uygulanmalıdır. Bu çalışmada da hastalığın kötüleşmediği ve fetüsün immatür olduğu 4 vakada (% 28) konservatif tedavi tercih edildi. Konservatif yaklaşımın tercih edildiği olguların 3'ünde anne ve bebek sağlıklı olarak taburcu edildi. Bir olguda bebek postpartum kaybedildi.

Hastalığın seyrinin kötüleştiği durumlarda gebeliğin sonlandırılması anne için hayat kurtarıcı olmaktadır. Karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombosit sayısında azalmanın devam etmesi, bilinç bulanıklığı gibi klinik tabloda ağırlaşmalar hastalık seyrinin kötüye gittiğinin işaretleridir. Hematolojik anormallikler doğum sonrası birkaç gün içerisinde normale dönerken, trombositler için bu süre bir haftayı bulmaktadır (3). Bu çalışmada da kan tablosu ve klinik bulgularda 3-4 gün içerisinde düzelme gözlemlendi.

Hastalıkta maternal mortalite oranı % 1-24 arasında bildirilmektedir (9-11). Önemli mortalite sebepleri akut böbrek yetmezliği, pıhtılaşma bozuklukları, batın içi kanamalar, tromboemboliler, karaciğer rüptürü, subkapsüler karaciğer hematomları, serebral kanama ve infarktlerdir (4-7). Bu komplikasyonların varlığında maternal mortalite oranı % 35'e kadar yükselmektedir (12). Çalışmamızda maternal mortalite görülmedi.

Akut böbrek yetmezliği Hellp sendromunda görülen nadir komplikasyonlardan biridir. Hellp sendromunda akut böbrek yetmezliği gelişme ihtimali bir çalışmada % 7.3 olarak bildirilmiştir (14). Yine aynı çalışmada diyaliz gerektiren akut böbrek yetmezliği oranı % 31 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda, bir vakada akut böbrek yetmezliği gelişti (% 7) ve diyaliz gerekli oldu. Diğer hasta-

larımızda postpartum dönemde klinik ve biyokimyasal parametrelerde düzelme gözlemlendi.

Hellp sendromu anne yanında fetus için de çok ciddi bir tehlike oluşturmaktadır. Özellikle prematüriteye bağlı respiratuvar distres sendromu (RDS) gibi sorunlar ön plana çıkmaktadır. İntrauterin mortalite oranı % 10-15 olarak bildirilmektedir. İntrauterin mortalite gelişmemesinde fetusun yakından monitörize edilerek zamanında müdahale edilmesinin önemi büyüktür. Neonatal ölüm hızı ise % 20-25 olarak bildirilmiştir (2,15,16). Bizim çalışmamızda vakalardan hiçbirinde intrauterin mortalite görülmezken 2 tanesinde postpartum dönemde ölüm görüldü (% 14). Bu vakalardan birinde prematüriteye bağlı gelişen RDS diğer vakada ise kardiyak anomali doğum sonrası bebek kaybına yol açtı.

Preeklampitik ve eklampitik vakalarda Hellp sendromu gelişimine karşı daima uyanık olunmalıdır. Gelişen vakalar ise mutlak suretle anne ve bebeğin sıkı bir biçimde takip edilebileceği donanım ve tecrübeye sahip doğum ünitelerine gönderilmelidir. Hellp sendromu saptanan hastalarda asıl tedavinin doğum olduğu unutulmamalı ve nadir durumlarda konservatif tedavi denemelidir. Pıhtılaşma bozukluğu gelişimi, batın içi hemoraji, tromboemboliler, karaciğer rüptürü, subkapsüler karaciğer hematomu, akut böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar daima göz önünde bulundurulmalıdır. Kan tablosu sıkı bir biçimde denetlenmeli ve desteklenmelidir. Tedavideki bütün gelişmelere rağmen Hellp sendromu hala çok ciddi bir problem olarak karşımızda durmaktadır.

Haberleşme Adresi:

Yrd.Doç.Dr. Ali Acar

Selçuk Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Konya

Tel:0 (332) 3232600/1415

Fax: 0332 237 66 65

Kaynaklar

- 1-Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. *Danforth's Obstetrics and Gynecology, Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott. 1994; 351-66.*
- 2-Mabie WC, Sibai BM. *Hypertensive States of Pregnancy. In: Pernoll MI. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Seventh Edition. New Jersey: Appleton&Lange. 1991; 373-87.*
- 3-Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF. *Williams Obstetrics. Eighteenth Edition. Connecticut: Appleton&Lange. 1989;653-94.*

- 4-Tanner B, Ohler WG. Complications in Hellp syndrome due to peripartal hemostatic disorder. *Zentralbl Gynak* 1996;118 (4): 213-20.
- 5-Stefanowicz M. Changes in brain tissue resulting from the Hellp syndrome verified by CT examination. *Gynekol Pol* 1995;66 (3):185-7.
- 6-Majerus B, Desnault H, Jault T, Parc R. Ruptured subcapsular hepatic haematoma secondary to Hellp syndrome. *Acta Chir Belg* 1996; 95 (6):251-3.
- 7-Wolf JL. Liver disease in pregnancy. *Med Clin North Am* 1996;80 (5):1167-87.
- 8-Niesert S. Obstetric prognosis after preeclampsia, eclampsia or Hellp syndrome. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1996;56(2): 93-6.
- 9-D'Anna R. The Hellp syndrome. Notes on its Pathogenesis and Treatment. *Minerva Ginecol* 1996;48(4):147-54.
- 10-Moses V, Depresio S, Lorenz D. A thirty year review of maternal mortality in Oklohama 1950 through 1979. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1189-93.
- 11-Sibai MB. The Hellp syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:311-6.
- 12-Rojas PG, Viveros RE, Kably AA. Sindrome de Hellp. *Ginecol Obstet Mex* 1996;64:64-2.
- 13-Rath W. Aggressive versus conservative management of Hellp syndrome: a status assessment. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1996;56(6):265-71.
- 14-Sibaii BM, Ramadan KM. Acute renal failure in pregnancies complicated by hemolysis, elevated liver enzyme, and low platelets. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1682-90.
- 15-Sibaii BM, Anderson GD, Abdella TN. Eclampsia 3. Neonatal outcome, growth, and development. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:307-10.
- 16-Lang JM, Cohen A, Lieberman E. Risc factors small for gestational age birth in preterm population. *Am J Obstet and Gynecol* 1992;166:1374-8.