

Geç postpartum kanama gelişen gebeliğin akut yağlı karaciğer olgusu

Acute fatty liver of pregnancy with late postpartum bleeding

Mert Küçük*, Selda Demircan Sezer*, Pınar Erkan**, Hasan Yüksel*

* Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Aydın

** Özel Kütahya Kent Hastanesi, Kütahya

Özet

Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (GAYK) erken tanı konulmadığında ve tedavi edilmediğinde ölümcül seyredebilen gebeliğin nadir ama önemli bir üçüncü trimester komplikasyonudur. GAYK ciddi karaciğer hasarı ile birlikte karaciğer yetmezliği, yaygın damar içi pıhtılaşma (DİK), hepatik ensefalopati, postpartum kanama, çoklu organ yetmezliği ve ölüme yol açabilir. GAYK'de erken tanı ve tedavi ile maternal ve neonatal mortalitenin azalması sağlanabileceğinden her kadın hastalıkları ve doğum hekiminin bu konuda bilgili ve dikkatli olması gerekir. Olguların postpartum dönemde kanama gibi risklerle karşı karşıya olduğu akılda bulunmalıdır.

Bu yazıda GAYK hastalığı düşünülen sonrasında DİK ve postpartum ikinci günde karın içi masif kanama gelişen, 36 hafta ikiz gebeliği olan bir olgu sunulması ve literatür eşliğinde olgunun tartışılması amaçlandı.

Pam Tıp Derg 2012;5(2):91-94

Anahtar sözcükler: Gebelik, gebeliğin akut yağlı karaciğeri, postpartum kanama

Abstract

Acute fatty liver of pregnancy (AFLP) is a rare but an important complication of the third trimester that may be fatal if not diagnosed and treated early. AFLP can lead to severe hepatic damage with liver failure, disseminated intravascular coagulation (DIC), hepatic encephalopathy, postpartum hemorrhage, multiple organ failure and death. Since maternal and neonatal mortality reduction can be achieved with the early diagnosis and treatment, Obstetrician & Gynecologists should be aware of and careful about the AFLP. It should be kept in mind that cases may face up to risks such as postpartum hemorrhage.

In this article, we aimed to present a case with 36 weeks of twin pregnancy with AFLP who developed DIC and massive intra-abdominal bleeding in the second day of postpartum period and to discuss the case under the light of literature.

Pam Med J 2012;5(2):91-94

Key words: Pregnancy, acute fatty liver of pregnancy, postpartum hemorrhage

Giriş

Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (GAYK) erken tanı konulmadığında ve tedavi edilmediğinde ölümcül seyredebilen gebeliğin nadir görülen üçüncü trimester komplikasyonlarından biridir [1,2]. GAYK 7.000-16.000 gebelikte bir olmakla birlikte ikizlerde daha sık görülür. [3]. GAYK ciddi karaciğer hasarı ile birlikte karaciğer yetmezliği, yaygın damar içi pıhtılaşma (DİK), karaciğer ensefalopatisi, postpartum kanama, çoklu organ yetmezliğine ve ölüme yol açabilir [4]. Bu hastalığın erken tanı ve tedavisi anne ve bebek için prognozu belirgin şekilde iyileştirebilmektedir [2].

Bu yazıda GAYK hastalığı düşünülen, sonrasında DİK ve postpartum ikinci günde karın içi masif kanama gelişen, 36 haftalık ikiz gebeliği olan bir olgu sunulması ve literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

Olgu

Son adet tarihini bilmeyen, spontan monokoryonik diamnionotik ikiz gebelik, gestasyonel diabetes mellitus, preterm eylem ve prematür erken membran rüptürü tanısı ile izlenen hasta acil servise başvurdu. Otuz bir yaşındaki ve G:4 P:2 Y:2 A:0 D&C:1 olan hastanın yapılan obstetrik ultrasonografi (USG) incelemesinde,

Selda Demircan Sezer

Yazışma Adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Aydın
e-mail: sdemircansezer@gmail.com

Gönderilme tarihi: 15.12.2011

Kabul tarihi: 19.01.2012

verteks-nonverteks prezentasyonda 36 hafta ile uyumlu monokoryonik diamnıyotik canlı ikiz gebelik saptandı. Pelvik muayenesinde aktif amniyon sıvısı deşarjı gözlenmesi ve servikal açıklığının 6 cm ve %90 servikal silinmesinin saptanması üzerine olguya acil sezaryen uygulandı. İlki 2630 gram ağırlığında 1. ve 5. dakika Apgar skoru 5-8 olan canlı bir kız bebek baş geliş, ikincisi 2460 gram ağırlığında, 1. ve 5. dakika Apgar skoru 5-7 olan canlı bir kız bebek makat geliş doğurtuldu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 16,1 gr/dl, hemotokrit: % 47,2, lökosit: 17.710/mkrl, trombosit: 180.000 /mkrl, protrombin zamanı (PZ): 16,1 sn, INR: 1,3, APTT: 39,6 sn, açlık kan şekeri: 55 mg/dl, BUN: 29 mg/dl, kreatinin: 1,21 mg/dl, SGOT: 268 U/L, SGPT: 354 U/L, total bilirubin: 11,9 mg/dL, direk bilirubin: 8,54 mg/dL, indirek bilirubin: 3,36 mg/dL, albumin: 2,5 g/dL, fibrinojen: 100 mg/dL, D-Dimer: 16.480 mg/dL bulundu. Ayrıca Anti HCV, HBs Ag, Anti HIV testlerinin sonuçları negatif olarak bulundu.

Başlangıçta, hastanın PZ, APTT ve INR değerlerinin uzun olması, fibrinojen düzeyinin düşük, D-Dimer değerinin yüksek olması ve periferik yaymada hemoliz bulguları bulunmaması nedeni ile mevcut durum karaciğer sentez fonksiyonundaki yetersizlikle ilişkilendirildi. Hastaya 3 gün boyunca günlük K vitamini ve günlük 6 ünite taze donmuş plazma (TDP) verildi. Bunun yanı sıra günlük PZ, APTT bakıldı. Karaciğer testleri yüksek olan ve ikteri bulunan hasta gün aşırı SGOT, SGPT, ALP, GGT, total bilirubin, direkt bilirubin, INR takibine alındı.

Postoperatif birinci günde hastanın ürik asit (10 mg/dl) ve kreatinin (1,57 mg/dl) değerlerinin yüksek olması üzerine günlük böbrek fonksiyon testleri takibine alındı.

Postoperatif birinci günde yapılan tüm abdominal USG sonucunda; karaciğer uzun boyu normalin üzerinde (17 cm) ve parankim ekojenitesinin yağlanmaya sekonder artmış olduğu, safra yolları olağan olarak rapor edildi. Karın içi hemorajiye rastlanmadı. Renal arter doppler ultrasonografisi normal olarak bulundu.

Postoperatif ikinci günde ani karın şişmesi sonrası yapılan USG'de batın içinde perihepatik ve barsak ansları arasında yaygın sıvı izlenmesi ve hemoglobinin 6,8 gr/dl'ye düşmesi üzerine postpartum batın içine kanama düşünülerek hasta acil olarak genel anestezi altında laparotomiye alındı. İntraoperatif batın içinde kan ve pıhtı izlendi ve yaklaşık 2500 cc kan boşaltıldı. Ayrıca sağ rektus kası altından

izole 4x4 cm boyutlarında ve sol rektus kası altından başlayıp sezaryen kesi hattının soluna kadar uzanan hematoma gözlemlendi. Subtotal histerektomi yapıldı. Sol rektus kası altında izlenen yaklaşık 6x5 cm hematoma boşaltıldı ve sol inferior epigastrik arter bağlandı. Dren konularak operasyona son verildi. İntraoperatif olarak hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu (ES) ve 2 ünite TDP verildi.

Laparotomi sonrası trombosit değeri 91.000/mkrl bulunan hastanın yapılan yeni periferik yaymasında hemoliz bulgularının izlenmesi üzerine hastaya DİK tanısı konuldu. Günlük hemoglobin, PZ, APTT, INR, fibrinojen ve D dimer takibine alındı. TDP ve hemoglobin 10 gr/dl üzerinde tutulacak şekilde ES replasmanı uygulandı.

Postoperatif beşinci günde hastanın oksijen satürasyonunun düşmesi üzerine yapılan muayenede plevral efüzyon ve komşu akciğer parankim alanlarında pasif atelektazi bulguları saptandı. Nazal oksijen tedavisi sonrasında hastanın oksijen satürasyonları düzeldi.

Hastanın dreninden postpartum histerektomi sonrası dönemde üçüncü günden itibaren günlük 260 ile 1090 cc arasında seröz mayi geldi ve postoperatif 15. günde dren çekildi. Hastanın postoperatif AST, ALT, kreatinin seviyeleri tedrici olarak normale geriledi. Hastanın bilirubin seviyeleri transaminazlara oranla daha yavaş olarak normaleşti. Tüm bu bulguları ile hastada GAYK düşünöldü.

Hastaya sezaryen sonrasında toplamda 30 ünite TDP ve 8 ünite ES verildi. Hastanın genel durumunun iyi olması, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin düzelmesi sonrasında hasta postpartum histerektomi sonrası 16. günde taburcu edildi.

Tartışma

GAYK gebelik sırasında başka nedenler bulunmadığında, karaciğerin metabolik kapasitesinin azalmasıyla seyreden akut karaciğer yetmezliği olarak tanımlanır [3].

GAYK olgumuzda olduğu gibi genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde ve çoğul gebeliklerde daha sık görölen nadir bir komplikasyondur [5-7].

Klinik semptom ve bulguları nonspesifiktir. GAYK tanısı koymak bu nedenle zor olabilir ve diğer nedenler bulunmadığında tanı subjektif olarak konulur. Üçüncü trimesterde yeni başlayan bulantı, kusma, karın ağrısı (özellikle epigastrik bölgede), halsizlik ve sarılık gözlenir.

Akut viral hepatit serolojisi negatif olmasına rağmen serum aminotransferaz düzeylerinde artış, bilirubin yüksekliği, PZ, APTT ve INR'de uzama, asit, hipoglisemi, hepatik ensefalopati ve DİK izlenebilir [1]. Hepatit A ve B testleri bu viral hastalıkların dışlanması yardımcıdır [8]. Serum SGPT ve SGOT tetkikleri olgumuzda olduğu gibi genellikle 100-1000 IU/L arasındadır. BUN ve kreatinin yükselebilir, genellikle ürik asit değerleri olgumuzda olduğu gibi yüksek bulunur [8].

Olgumuzda GAYK tanısı sezaryen operasyonu sonrası konulmuştur. GAYK tanısı sıklıkla klinik ve laboratuvarla konmaktadır. Tanıda karaciğer ultrasonografisi ve tomografisi tanıya yardımcı olabilmekle birlikte bu tetkikler normal olabilmektedir [9]. Karaciğer biyopsisi GAYK tanısını koymada en iyi yoldur ancak invaziv olması ve koagülopati nedeni ile kanama riski olması nedeni ile yapılması tercih edilmemektedir. Aynı zamanda karaciğer biyopsisinin hastanın yönetimine etkisi yoktur [10]. Bizim olgumuzda da şiddetli koagülopati nedeniyle karaciğer biyopsisi yapılmadı.

GAYK etyolojisi kesin değildir [11]. Etiyolojide bazı olgularda genetik bir komponent olduğu düşünülmektedir. Fetusun uzun zincir hidroksil koenzim A dehidrogenaz (LCHAD) eksikliği bazı vakalarda bildirilmektedir. Bu otozomal resesif kalıtılan enzim eksikliğine bağlı olarak uzun zincirli yağ asidi beta oksidasyonunda defekt meydana gelebilmektedir [10].

GAYK bir sonraki gebelikte tekrarlayabilmektedir. Bu durum özellikle LCHAD eksikliği olan bebek doğuranlarda daha siktir [12].

GAYK reversible bir karaciğer yetmezliğidir. Bilinen tedavisi doğumdur. Erken tanı ve hastaya sağlanacak destek tedavisi önemlidir. Nadiren acil karaciğer transplantasyonu gerekebilir. Hepatik ensefalopati gelişen durumlarda intrakranial basınç artışına bağlı komplikasyonlar olabilir. Bazen olgularda portal hipertansiyona bağlı asit izlenebilir. Bizim olgumuzda da postoperatif dönemde asit gelişti [13].

GAYK maternal ve neonatal mortalite ile seyredilen bir hastalıktır. GAYK'de maternal mortalite 1960'larda %70 oranında iken, son yıllarda %7-18'lere düşmüştür [13]. Neonatal mortalite ise %50'lerden %9-23'lere düşmüştür [9]. Düşüşün temel nedenleri erken doğumun sağlanması ve erişkin ve yenidoğan yoğun bakım imkanlarındaki gelişmeler nedeniyle [10].

GAYK'de koagülasyon sisteminin stabilizasyonu oldukça önemlidir. Hastamızda olduğu gibi daha önce acil sezaryen sonrası geç postpartum kanama gelişen olgular bildirilmiştir [8]. Bunun için gerektiğinde erken ve agresif bir şekilde fibrinojen, trombosit suspansiyonu, ES ve TDP replasmanı yapılmalıdır. Ciddi kanama durumlarında rekombinant faktör 7a kullanımı gündeme gelmelidir [10]. Nadiren de olsa hastalar hızlı bir karaciğer transplantasyonuna gereksinim duyabilirler. Hastanın doğumunu hem anne ve hem bebek için yoğun bakım imkanlarının olduğu üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapması ve perinatolog, neonatolog, hematolog ve hepatologdan oluşan bir ekip tarafından yakın izlenmesi önemlidir [10,13]. Yenidoğanlarda nöropati, kardiyomyopati, nonketotik hipoglisemi, hepatik yetmezlik ve yağ asit oksidasyon defekti ile ilişkili ölüm görülebilir [14].

GAYK ayırıcı tanısında HELLP sendromu, viral hepatitler ve gebelik kolestazi düşünülmelidir. GAYK'de karaciğer fonksiyon testleri akut viral hepatitlere göre daha az yükselir ve diğer hepatik hastalıklarından farklı olarak hipoglisemi görülebilir. Renal yetmezlik ve hiperürisemi GAYK'da nadir olmayarak gelişir. Hepatit serolojisi viral hepatitlerin ayırıcı tanısında yardımcıdır. GAYK'nın asıl tanısı karaciğer biyopsisi ile konulmasına karşılık yukarıda belirtildiği gibi her zaman biyopsi yapmak mümkün olamamaktadır [10].

Sonuç olarak GAYK nadir, ancak tehlikeli bir durumdur ve erken tanı ve tedavi ile maternal ve neonatal mortalitenin azalması sağlanabileceğinden her kadın hastalıkları ve doğum hekiminin bu konuda bilgili ve dikkatli olması gerekir. GAYK'nın primer tedavisi erken doğumdur. Hastalarda kanama ve pıhtılaşma bozuklukları gelişebilir. Olguların geç postpartum kanama gibi risklerle karşı karşıya olduğu akılda bulunmalıdır. Koagülasyon sisteminin stabilizasyonu oldukça önemlidir. Hastaya fibrinojen, trombosit, ES ve TDP verilmesi, faktör 7a kullanımı, nadiren karaciğer transplantasyonu gerekebilir.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkilerinin olmadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. Wei Q, Zhang L, Liu X. Clinical diagnosis and treatment of acute fatty liver of pregnancy: a literature review and 11 new cases. J Obstet Gynaecol Res 2010;36:751-756.
2. Bacq Y. Acute fatty liver of pregnancy. Semin Perinatol 1998;22:134-140.

3. Chang CL, Morgan M, Hainsworth I, Kingham JG. Prospective study of liver dysfunction in pregnancy in Southwest Wales. *Gut* 2002;51:876-880.
4. Jwayyed SM, Blanda M, Kubina M. Acute fatty liver of pregnancy. *J Emerg Med* 1999;17:673-677.
5. Castro MA, Goodwin TM, Shaw KJ, Ouzounian JG, McGehee WG. Disseminated intravascular coagulation and antithrombin III depression in acute fatty liver of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:211-216.
6. Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Acute fatty liver of pregnancy in 3 tertiary care centers. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1416-1419.
7. Alicanoğlu R, Arıkan E, Yıldız Ö, Çelebi A, Sayalı E. Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri: Vaka takdimi. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* 1998; 9:49-52.
8. Ghaffarnejad M. Acute fatty liver of pregnancy and preeclampsia in a triplet gestation. *Acta Medica Iranica* 2007;5: 161-164.
9. Riyami NA, Al-Harthy A, Zia F. Atypical case of acute fatty liver of pregnancy. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2011;11:507-510.
10. Bacq Y. Liver diseases unique to pregnancy: a 2010 update. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2011;35:182-193.
11. Tan AC, van Krieken JH, Peters WH, Steegers EA. Acute fatty liver in pregnancy. *Neth J Med*. 2002;60:370-373.
12. Bacq Y, Assor P, Gendrot C, Perrotin F, Scotto B, Andres C. Recurrent acute fatty liver of pregnancy. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:1135-1138.
13. Wand S, Waeschle R, Von Ahsen N, Hawighorst T, Bräuer A, Quintel M. Case report: acute liver failure due to acute fatty liver of pregnancy. *Minerva Anestesiol* 2011;77;1-2.
14. Barsoom MJ. Acute fatty liver of pregnancy. <http://emedicine.medscape.com/article/1562425-overview#a0199>. (Erişim tarihi: 01.12.2011)