

HELLP SENROMU^()**

Dr. A. Tarık ALTINOK^(*), Dr. Umur KUYUMCUOĞLU^(*)
Dr. O. Zeki ARTUĞ^(*), Dr. Kadir GÜZİN^(*) Dr. Vedat DAYIOĞLU^(*)

ÖZET

İngilizce H-Hemolysis (hemoliz), EL-Elevated Liver Enzymes (artmış karaciğer enzimleri) ve LP-Low Platelet Count (trombositopeni) kelimelerinin başharflerinin biraraya gelişiyile oluşturulan HELLP sendromu üzerinde tartışmalar halen sürdürmektedir. Biz bu tartışmaları konunun uzmanlarına bırakarak, yukarıda sözü edilen parametreleri 1 yıllık süre içinde kliniğimizde tedaviye alınan ağır preeklamptik ve eklamptik gebelerde araştırdık. Bulgularımızı normal gebelerin bulguları ile karşılaştırdık. Toplam 39 ağır preeklamptik ve eklamptik gebeden sadece 1 ağır preeklampsı ve 3 eklampsı vakasında ağır trombositopeni saptadık. Diğer bulgularımız kontrol grubu ile istatistiksel bir farklılık göstermedi.

SUMMARY

HELLP SYNDROME

There is considerable controversy regarding the nature, incidence, clinical significance and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. During a one year period from January 1st to December 31st 1985, 39 preeclamptic-eclamptic patients were evaluated for aforementioned criteria. Low platelet count has been observed in one severe preeclamptic and three eclamptic patients. Other criteria (Hemolysis and liver enzymes) were not statistically significant when compared with the control group.

(*) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

(**) III. Jinekopatoloji Kongresi 14-16 Mayıs 1986 İstanbul'da tebliğ edilmiştir.

GİRİŞ

Preeklamptik ve eklamptik hastalarda yıllardır varlığı ileri sürülen HELLP sendromu, İngilizce H-Hemolysis (Hemoliz) EL-(Elevated Liver Enzymes) (artmış karaciğer enzimleri) ve LP-Low Platelet Count (Trombositopeni) kelimelarının başharflerinden türetilmiştir. Biz bu tip bir sendromun varlığını veya yokluğunu konunun uzmanlarına bırakarak, yukarıda sözü edilen kriterleri ağır preeklamptik ve eklamptik gebelerde araştırdık.

MATERİYEL VE METOD

1 Ocak-31 Aralık 1985 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum servisine yatırılarak takibe alınan ağır preeklamptik ve eklamptik gebeler araştırma kapsamına alındı.

Ağır preeklampsı kriterlerimiz:

- Sistolik kan basıncı 160 mmHg üzeri
- Diastolik kan basıncı 110 mmHg üzeri

Bunlara ek olarak 5 gr üzerinde proteinürü, oligüri, serebral ve vizüel belirtiler, pulmoner ödem varlığı.

Bu belirtilere konvulsiyon ve koma eklenmesi ise eklampsı olarak nitelendi¹⁴.

Bu hastalarda a) Total, direkt ve indirekt bilirubin, b) SGOT ve SGPT, c) Trombosit sayısı yapıldı. Yine bu hastalarda kanama, pihtlaşma zamanı, protrombin zamanı ve hemogram bakıldı.

Kriterlerimize uyan 39 gebeyi çalışma grubumuza aldık. (Yaş ort. 24). Bunların 28 i ağır preeklamptik, 11 i ise eklamptik idi.

Kontrol grubu olarak öz ve soy geçmişinde bir özellik olmayan, gebeliğini yakınmasız ve doktor kontrolunda sürdürmüş 40 adet sağlıklı gebe alındı. Gebelerin tümü primipar'dı. Yukarıda sözü edilen laboratuvar tetkikleri bu gebelerde de ayınen yapıldı.

Trombosit sayısı 100.000 in altı trombositopeni olarak alındı. Bilirubin düzeyleri ve SGOT, SGPT düzeyleri mean değerinin 3 SD farklı oluştu patolojik değer olarak alındı.

BULGULAR

Tüm bulgularımız Tablo I de özet olarak verilmiştir.

ALTINOK - KUYUMCUOĞLU - AKTUĞ - GÜZİN - DAYIOĞLU

Tablo: 1

VAKALAR	BİLİRUBİN		SGOT	SGPT	TROMBOSIT
	Direkt	İndirekt			
AĞIR PREEKL.	0.50	1.165	34.40	19.36	138 681
EKLAMPTİK	0.16	1.70	48.40	35.0	138 714
KONTROL	0.15	1.0	35.38	23.7	173 846

Tüm bu vakalar içinde 1 ağır preeklampsi vakasında trombosit sayısı 68 000 olarak, 3 eklamsı vakasında ise sırası ile 19 000, 67 000 ve 85 000 olarak bulundu. Trombosit sayısının sık olarak değiştiği gözönüne alınarak daha sonra yapılan tekrarlarda da trombositopeninin devam ettiği görüldü. 1 vaka (19 000 trombosit sayısı) yapılan transfüzyonlar nedeni ile yapılan diğer sayımlar dikkate alınmadı. Yapılan tüm kanama pihtlaşma ve protrombin zamanı tettikikleri normal sınırlar içinde alındu.

TARTIŞMA

EPH gestozlarında patogenezle ilgili çalışmalar çok yönlü olarak sürdürülmemektedir. Bir zamanlar tüm vücut organlarında görülen patolojik olayların sorumlusu olarak gösterilen arteriolar vazospazmin asıl nedeninin tromboxan (TXA_2) ve prostacycline (PGI_2) ilişkileri olduğu ileri sürülmektedir. Tromboxan bilinen en potent vazokonstriktör maddedir. Yarı ömrü 30 saniyedir. Prostacycline'in yarı ömrü ise 2-3 dakika olup potent bir vazodilatatorudur. Her iki madde birbirinin etkilerini dengelmektedir. Bu iki ajan aynı zamanda trombosit fonksiyonları üzerinde de karşıt etkilere sahiptir. TXA_2 başlıca trombositlerde ve dalakta yapılmaktadır. PGI_2 nin yapım yeri ise kalp, mide ve tüm vücut damarlarıdır¹³.

Trombositlerin başlıca görevi vasküler sistemin korunmasıdır. Trombositler yabancı yüzeylere ve dokulara yapışma özelliğine sahiptir. Buna adhezyon denir. Yine trombositler birbirine yapışarak kümeler teşkil ederler. Bu olaya ise agregasyon denir^{8,12}.

Vasküler hastalıkların patogenezinin aydınlatılmasında PGI_2 ve TXA_2 ilişkileri büyük önem taşımaktadır.

PGI_2 nin yapım düşüklüğünün gestozlara yol açabileceği 1985 lerde ileri sürülmüştür¹³. Bu tür bir eksiklik sonucu TXA_2 dengelenememekte, bu da gestozların etyopatogenezinde en önemli rolü oynamaktadır.

Laboratuvar anomalileri gözönüne alınarak HELLP sendromu varlığını, bu gebelerdeki tanı, tedavi ve gebelik sonuçlarını ilk olarak Weinstein ileri sürmüştür¹⁴.

Bu bildiri sonrasında başlayan tartışmalar halen sürdürmektedir. Bulgular saptanlığında gebelinin hemen sonlandırılması önerenler olduğu gibi olaya daha konserватif yaklaşan araştırmacıların sayısı da az değildir^{1,4,9,11,15}. Kuşkusuz konservatif

ZEYNEP - KÂMİL TIP BÜLTENİ

yaklaşımın tek amacı daha matür bir bebek doğurtmaktır.

Goodlin bu sendromun ağır preeklampsinin ön habercisi olduğunu ileri sürmektedir¹⁰. Greer ve ark. ise teknik yetersizlikler sonucu tanı konamamış hafif seyreden dissemine intravasküler koagulasyon olarak değerlendirmektedir².

Sibai ve ark. 8 yıllık bir süre içinde 967 si ağır preeklamptik ve 186 si eklamptik olmak üzere 1153 vakalık serilerinde 112 vakada (% 9.7) HELLP sendromu saptadıklarını bildirmektedir. Bu araştırmacılar HELLP sendromunun geniş bir semptomlar yelpazesi içerdigini, ve laboratuvar bulgularının oldukça değişken olabiceğini ileri sürmektedir¹⁰.

Karaciğer enzimleri ve bilirubin düzeyleri konusunda çeşitli araştırmacılar farklı sonuçlara varmışlardır^{3,5,6,7}. Bizim araştırmamızda eklamptik grupta enzimler artmış olarak bulundu. Ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

HELLP sendromu ilerde daha geniş araştırma gruplarında incelenip değerlendirildiğinde, daha net sonuçlara varılacağı kanısındayız.

LITERATÜR

1. Beecham, JB. et al: Eclampsia, preeclampsia and disseminated intravascular coagulation. *Obstet gynecol* 43 : 576, 1974.
2. Greer, IA et al.: HELLP syndrome: pathologic entity or technical inadequacy? *Am J Obstet Gynecol* 152 : 113, 1985.
3. Killam, AP et al: Pregnancy induced hypertension complicated by acute liver disease and disseminated intravascular coagulation. *AM J Obstet Gynecol* 123 : 823, 1975.
4. Kleikner, HB, et al: The association of maternal and neonatal thrombocytopenia in high risk pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 128 : 235, 1977.
5. Lopez-Llera, M. et al: Abnormal coagulation and fibrinolysis in eclampsia. A. clinical and laboratory study. *Am J Obstet Gynecol* 124 : 681, 1976.
6. Mackenna, J. et al: Preeclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets-an obstetric emergency? *Obstet Gynecol* 62 : 751, 1983.
7. Redman, CWG et al: Early platelet consumption in preeclampsia *Br Med J* 1 : 467, 1978.
8. Schwartz, ML et al: Pregnancy induced hypertension presenting with life-threatening thrombocytopenia *Am J Obstet Gynecol* 146 : 756, 1983.
9. Sibai, BM et al: II. Clinical significance of laboratory findings. *Obstet Gynecol* 59 : 153, 1982.
10. Sibai, BM et al: Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 155 : 501, 1986.
11. Sibai, BM et al: Maternal and perinatal outcome of conservative management of severe preeclampsia in midtrimester. *Am J Obstet Gynecol* 152 : 32, 1985.
12. Socol, ML et al: Platelet activation in preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 151 : 494, 1985.
13. Walsh SW et al: Placental prostacyclin production in normal and toxemic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 151 : 110, 1985.
14. 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.
15. Weinstein, L: Preeclampsia/eclampsia with hemolysis, elevated liver enzymes and thrombocytopenia. *Obstet Gynecol* 66 : 657, 1985.

