

Gebelik, Primer Hipersplenizm ve Portal Hipertansiyon

PREGNANCY, PRIMARY HYPERSPLENISM AND PORTAL HYPERTENSION

Neşe Zehra KAVAK*, Birgül KARAKOÇ**

* Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Uzm.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İSTANBUL

Özet

Bu çalışmada primer hipersplenizm, portal hipertansiyon ve gebelik üçlemesinin beraber olduğu bir olguyu sunarak, literatür ışığında konunun değerlendirmesini yapmaya çalıştık.

Anahtar Kelimeler: Portal hipertansiyon, Primer hipersplenizm, Gebelik

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:89-90

Summary

In this article, we aimed to review a case of the triad of hypersplenism, portal hypertension and pregnancy under the light of the literature.

Key Words: Hypersplenism, Portal hypertension, Pregnancy

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:89-90

Hipersplenizm, splenomegaliye yol açan herhangi bir hastalık sonucu gelişebilir. Primer olarak hematolojik bir sendromdur ve splenomegali ile beraber granülositopeni, trombositopeni ve anemiden herhangi biri veya hepsi tabloya eşlik edebilir. Dalağın normal boyutlarına dönmesi veya alınması sonucunda bulgular normale döner. Sendromla beraber kan hücresel elementlerinin üretiminde artma ve bunların büyümüş dalak tarafından sekestrasyonu söz konusudur. Anemi genellikle hafif-orta derecededir. Ancak trombositopeni ve granulositopeni ciddi olabilir ve trombositopeniye bağlı kanama muhtemelen en sık görülen ağır komplikasyondur. Felty sendromu (romatoid artrit sebep olduğu hipersplenizm) haricinde granulositopeni nadiren enfeksiyonlara sebep olur (1).

Özofagus varisleri, siroz veya ekstrahepatik portal ven tıkanma sonucu oluşan portal hipertansiyonun komplikasyonu olabilir. Postnekrotik hepatit ve kronik alkolizm genç kadınlarda karaciğer hastalığına bağlı portal hipertansiyon vakalarının hemen hepsinin sebebidir. Aynı sayıda özofagus varisi, ekstrahepatik portal hipertansiyon sonucu oluşur. Bu vakaların yarısı idiopattir fakat bir kısmı da yenidoğanın umbilikal veninin kateterizasyonu sonrasında oluşur. Sebebi ne olursa olsun, portal ven basıncı, normal basıncından 10 -15 mmHg artış gösterir

ve 30 mmHg'yi geçer. Bu, gastrik, interkostal ve diğer venler aracılığı ile kollateral dolaşımın oluşumuna neden olur. Kanama genellikle gastroözofageal bileşkeden olur ve endoskopik skleroterapi, son zamanlarda, tercih edilen tedavi şeklidir (2).

Bu makalede portal hipertansiyon ve primer hipersplenizmin gebelikte seyri bir olgu nedeniyle tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

27 yaşında, G 1, P 0, son adet tarihine göre 38 haftalık gebeliği olan hasta doğum sancılarının başlaması şikayeti ile servisimize başvurmuştur. Özgeçmiş sorgulandığında, iki yıl önce hastanemiz Dahiliye Bölümü'ne karın ağrısı, halsizlik, gece terlemeleri ile başvurduğu ve yapılan incelemelerinde hemoglobin değerinin 8.2 gr/dl, lökosit ve trombosit değerlerinin sırası ile 2000 ve 55000/mm³ olduğu tesbit edilmiştir.

O tarihte yapılan transabdominal ultrasonografisi ve laparoskopisinde normal hepatik bulgular, endoskopisinde grade 2 özofageal varisler saptanmıştır.

Hastanın, hepatik viral markerları negatif bulunurken, kemik iliği aspirasyon biyopsisinde hiperselüler kemik iliği ve artmış eritroid elementler, megakaryositlerin olduğu belirlenmiş ve portal hipertansiyona yönelik Dideral (propranolol) 2x1/2 ve anemiye yönelik demir replasman tedavisi başlanmıştır. Hastanın tedavi sonrası hemoglobin değeri 13 gr/dl'ye kadar yükselirken lökosit sayısı 2000 / mm³, trombosit sayısı 20000 / mm³ civarında

Geliş Tarihi: 24.02.2000

Yazışma Adresi: Dr.Birgül KARAKOÇ
18 Mart Sok. No: 9 C / 12
81060, Çiftelavuzlar, İSTANBUL

da seyretmiştir. Hasta bu bulgularla tedaviye devam ederken gebe kalmış ve gebeliğinin 8. haftasında bölümümüzden konsültasyon istenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucu gebelik terminasyonu önerilen hastanın bu öneriyi reddetmesi üzerine hasta antenatal takibe alınmıştır. Gebelik boyunca portal hipertansiyon veya hipersplenizme bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmeyen ve gebeliği sorunsuz seyreden hasta, 38. gebelik haftasında ağrılarının başlaması ile bölümümüze başvurmuştur. Yapılan pelvik muayenesinde doğum eyleminin başladığı tesbit edilen hastanın hemoglobin değeri 11 gr/dl, lökosit 5000 / mm³, trombosit 39000 / mm³ idi. Protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı normaldi. Takipte, efektif kontraksiyonlarının başlaması ile fetusta geç deselerasyonları olan hasta, fetal distress endikasyonu ile sezaryene alınmıştır. Birinci ve beşinci dakika Apgar skorları 7 ve 9 olan, 2770 gram kız bebek doğurtulmuştur. Perioperatuar 20 ünite trombosit, 2 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapılan hasta postoperatif altıncı gününde komplikasyonsuz taburcu edilmiştir.

Tartışma

Primer hipersplenizmin en sık nedenleri karaciğer hastalıkları, infeksiyöz hastalıklar ve hematolojik hastalıklardır. Kan biyokimyasının, karaciğer fonksiyon testlerinin incelenmesi ve viral hastalıklar açısından serolojik araştırmaların yapılması ile teşhis genellikle konulabilmektedir. Ultrasonografi ve komputere tomografi yardımcı yöntemlerdir. Tanıda son seçenek splenektomi sonrası patolojik incelemedir (1). Eğer gebelikte splenomegalinin nedeni bulunamadıysa hastalığı gebelik boyunca takipte tutmak ve gebeliğin sona ermesi ile dalağın çıkartılması gündeme gelebilir (3).

Ekstrahepatik portal hipertansiyon ve gebelikte, en çok dikkat edilecek nokta tabii ki özofagus varisleridir. Özofagus varisleri portal hipertansiyonun komplikasyonu olabilir. En korkulan komplikasyonun kanama olduğu bu olgularda endoskopik skleroterapi tercih edilen tedavi şekli olmaya başlamıştır (4,5).

Literatürde ekstrahepatik portal hipertansiyon ve gebeliğin beraber olduğu olguların dökümüne baktığımızda, preterm eylem riskinin bu olgularda arttığı fakat gebeliğin maternal prognozu etkilemediği belirtilmektedir (6,7).

Vaginal doğum çoğu hastada gerçekleştirilebilirken sezaryen ancak obstetrik endikasyonlarla gündeme gelmek-

tedir. Bu kadınlardaki gebelik iyi donanımlı, perinatolog, dahiliyeci ve cerrahların bir ekip olarak çalıştıkları merkezlerde takip edilmelidir. Özofageal kanamanın olduğu olgularda, kanamayı durdurucu acil önlemler alınmalı ve hızlı doğum, eğer gerekirse cerrahi girişim uygulanmalıdır (1).

Bizim olgumuz komplikasyonsuz gelişen gruba dahil edilebilecek bir örnektir.

Pajor ve ark.'nın ekstrahepatik portal hipertansiyonlu 17 gebeliği inceledikleri çalışmada olguların hepsi konsepsiyondan önce splenektomi geçirmiş, 5'inde portosistemik şunt konulmuş, 3'ü özofageal skleroterapi tedavisi görmüştür. Olguların 2'si spontan abortusla sonuçlanırken, 12'si miadında, 3'ü de preterm eylem sonucu canlı doğum yapmışlardır. Çalışılan bütün yeni doğanlar canlı ve doğum ağırlıkları gestasyonel yaşlarıyla uyumlu bulunmuştur (7).

Bizim olgumuz canlı, sağlıklı bir yenidoğanla sonuçlanan term bir gebelik olgusudur. İlerde sayımızın artmasıyla bir seri şeklinde gebelik takipleri ve sonuçlarını sunmayı arzulamaktayız.

KAYNAKLAR

1. Gleicher N. Principles and practice of Medical Therapy in Pregnancy. New York: Appleton & Lange. 1992; 994-6.
2. Shertringer AG, Kitsenko EA, Shipkova TI, Minasian SL. Management strategy for pregnant women with portal hypertension syndrome. Akush Ginekol 1994; (1): 16-8.
3. Oyarzun E, Gonzalez R, Vesperinas G, Macaya R, Goney R, Lianos O. Pregnancy and portal hypertension. Rev Med Chil 1993; 121 (5): 548-52.
4. Wolman I, Pauzner D, Jedwab G, David MP. Extrahepatic portal hypertension in pregnancy: complications and therapeutic approaches. Harefuah 1992; 122(11): 734-6.
5. Pauzner D, Wolman I, Niv D. Endoscopic sclerotherapy in extrahepatic portal hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1991; 164(1 Pt 1): 152-3.
6. Pajor A, Lehoczy D. Pregnancy in liver cirrhosis. Assessment of maternal and fetal risks in eleven patients and review of the management. Gynecol Obstet Invest 1994; 38(1): 45-50.
7. Pajor A, Lehoczy D. Pregnancy and extrahepatic portal hypertension. Review and report on the management. Gynecol Obstet Invest 1990; 30(4): 193-7.