

# Bir Vaka Nedeniyle Non İmmün Hidrops Fetalis

NON IMMUN HYDROPS FETALIS (CASE REPORT)

Dr.Orhan GELİŞEN, Dr.Levent SEÇKİN, Doç.Dr.İsmail DOLAN,  
Dr.Volkan KURTARAN, Dr.Ali Rıza DOĞAN, Dr.Mualla YILDIRAN

SSK Elik Doğumevi Kadın Hastahkları Doğum, ANKARA  
SSK Ankara Doğumevi, ANKARA

## ÖZET

Feto maternai kan uyuzmazlığı dışındaki sebeplere bağı uonimmium hidrops fetalis (NIHF), hidrops fetalisin (IIF) en önemli sebebi olup, yüksek oranda fetal mortalite oranına sahiptir. Bu yazıda ultrasonografi ile teşhis ettiğimiz NIHF'li bir olgu anlatılarak literatür gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Non immün Hidrops Fetalis, Hidrops Fetalis, talis

T Klin Jinekolo Obst 1092, 2:24-27

Hidrops fetalis fetal dokularda aşırı ödem ve seröz kavitelerde sıvı enfözyonunun intrauterin hayatta oluşması ile karakterize bir hadisedir. Yakın zamanlara kadar en sık görülme nedeni Rh-izimmünizasyonu gibi fetomaternal immün-ohematolojik farklılıklar iken, immünolojik problemlerin son zamanlarda başarılı bir şekilde tedavisi ve koruyucu önlemlerin etkin bir şekilde uygulanması ile NIHF'e bağı total perinatal mortalite oranı \$0.1'den \$0.3'e yükselmiştir (1).

İlk defa 1943'de Potter tarafından tarif edilen NIHF'in, hidrops fetalisin en önemli nedeni olması ve yüksek fetal mortalite oranı, dikkatleri erken teşhis ve infantların yaşama şansını artırıcı metodların araştırılmasına çekmiştir.

Geliş Tarihi: 1 7.1991

Kabul Tarihi: 20.7.1991

**Yazısına Adresi:** Dr.Orhan GELİŞEN  
SSK Elik Doğumevi Kadın Hastahkları ve Doğum - ANKARA

## SUMMARY

NIHF due to causes other than fetomaternal blood incompatibility has become the more important cause of hydrops and has an extremely high mortality rate.

In the present study a case of NIHF diagnosed by ultrasonography has been reported with a review of the literature.

**Key Words:** Non Immün Hidrops Fetalis, Hidrops Fetalis

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:24-27

Bu yazımızda kliniğimizde teşhis ettiğimiz bir hasta nedeniyle yüksek oranda fetal mortaliteye sebep olan bu hastalıkla ilgili bilgileri bir araya toplamaya çalıştık.

## Vaka Takdimi

SÖ 24 yaşında ilk iki gebeliği normal doğumla sonuçlanan B RH (+) kan grubuna sahip bir hasta. Son adet tarihini bilmeyen, tahminen 6 aylık hamile olduğunu ifade eden hasta 10.6.1991 tarihinde çocuk hareketlerinin bir haftadır azalması nedeniyle kliniğimize başvurdu.

Hastaya yapılan ultrasonograik incelemede;

- Fetal asit: Karaciğer ve dalak asit sıvısı içinde yüzmekte
- Beyinde ödem yok, skalp kalınlaşmış ödem mevcut
- Hidotoraks
- Perikarda ödem
- Plasenta ön duvrda ödem nedeniyle kalınlaşmış Grade 1 F K A (+)

— Amnios sıvısı miktarı normal

— Umbilikal doppler R: 2.687

BPD'ye göre 26 hafta FL'ye göre 27 hafalık hidrops fetalis tanısı ile kliniğimize yatırıldı.

Hastanın yapılan sistemik muayenesinde patolojik bulgu saptanamadı. T.A. 120/80 Nabız 90 öz ve soy geçmişinde önemli bir özellik mevcut değildi.

Obstetrik muayenede:

Perine, vulva, vagina norml

Collum: Forme kapalı

Corpus: 28 gebelik haftası cesametinde

ÇKS (+) ödem (—)

Hastanın labaratuvar tetkiklerinde

Hb: 12 gr/dl Htc: %39 Lökosit 8000 Eritrosit 4.800.000

AKŞ: 110 gr/dl üre 22 mg/dl Protein 5.9 g/dl

Albumin 3.6 g/dl Alb/glob 1.6 g/dl Bilirubin total 0.20 mg/dl

Alkalem 109 u/l SGPT 16 u/l SGOT 18 u/l

Kreatin 0.9 mg/dl Urikasiit 4.4 mg/dl VDRL

(-)

Toxoplasma (—) Brucella (—) CMV (—) Rubella (—)

Kan grubu B Rh (+)

Kord kanından çalışılan bebeğe ait bulgular:

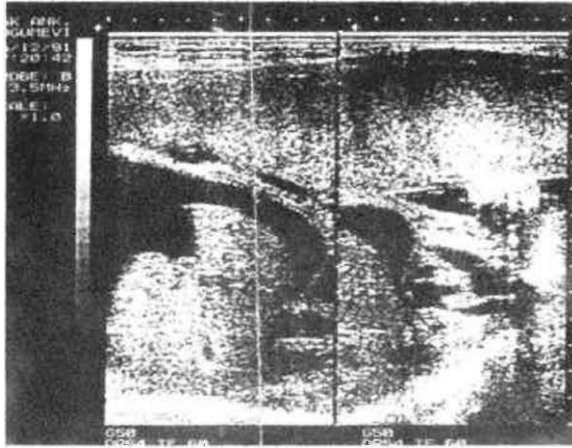
direk Coomss (—); Hb: 15 m/dl Total Protein: 7 gr/dl

Albumin: 3.5 g/dl

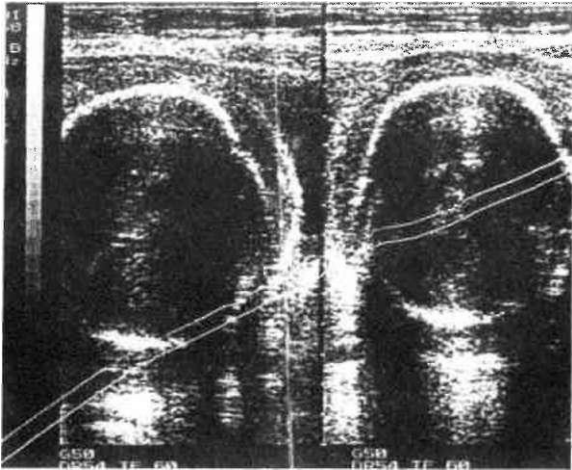
İleri derecede etkilenmiş NIHF tanısı ile gebeliğin sonlandırılmasına karar verilen vakada 13.6.1991 tarihinde intraservikal prostoglandin E2 jel (cerviprost) uygulanmasını takiben oksitoksin infüzyonu ile indüksiyon yapıp aynı gün 45 cm boyunda 2000 gr ağırlığında siyanoze, spontan solunumu olmayan, ileri derecede hidropik kız çocuk doğurtuldu. Çocuk doğduktan 5 dakika sonra ex oldu. Hasta sahiplerinden izin alınamadığı için çocuğa otopsi yapılamadı. Postpartum 3. gün hasta sifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

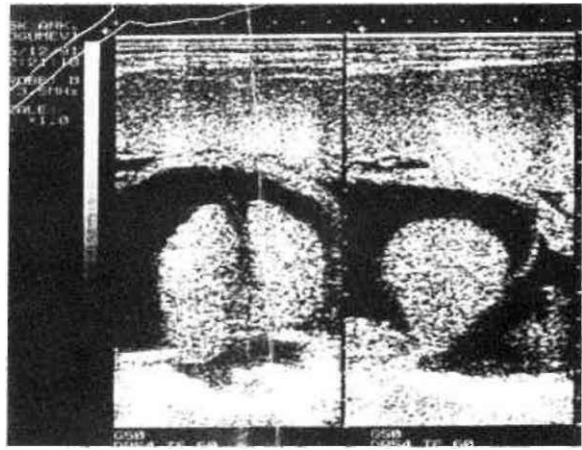
Hirdrops fetalisin en önemli sebebinin NIHF olması ve yüksek oranda fetal mortaliteye sebep olması nedeniyle hastalığın patogenezi erken teşhisi ve hastalıklı fetusun yaşam şansını artırıcı tedavi yöntemleri araştırmalar yoğunlaştırılmıştır (2). NIHF da kliniğe genel başvuru şekli polihidramnios veya bizim vakamızda olduğu gibi azalmış fetus hareketleri şeklindedir ve ultrasonogramk araştırma sonucu teşhis edilebilmektedir (3). NIHF görülme sıklığının artmasının bir nedeni de daha önceleri izah edile-



Şekil 1. 1-clal balında asil.



Şekil 2. Skalp ödemi.



Şekil 3. Hidroloraks.

meyen ölü doğumları ultrasonla erken dönemde NIHF olarak tesbit edilebilmesidir. Etiyolojisi ile ilgili çalışmalarda NIHF vakaların %50'si idiopatik olarak değerlendirilebilmektedir (4).

Tablo. NIHF'nin sebepleri

<b>1.Maternal:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Polihidramnios</b></li> <li>Toksemi</li> <li>Ciddi Anemi</li> <li>Koryokarsinom</li> <li>Vena kava tromboz</li> <li>Diabetes Mellitus</li> </ul>
<b>2.Plasenta!:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Umbilikal (veya Koryonik) tromboz</b></li> <li>Koryoangioma</li> </ul>
<b>3Fetal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>A.Hematolojik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Homosygous alfa talasemi</li> <li>b. Kronik fetomaternal transfüzyon</li> <li>c. Kronik ikizden ikize transfüzyon</li> <li>d. Glikoz 6 fosfat dehidrogenaz. enzim bozukluğu</li> </ul> </li> <li><b>B. Kardiyopulmoner</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Konjenital kalp anomalileri</li> <li>b. Foramen ovalenin premature kapanması</li> <li>c. Supraventrikler taşikardi</li> <li>d. Sinuzal bradikardi/kalp bloğu</li> <li>e. Arteriovenöz malformasyonlar</li> <li>f. Akciğerin kistik adenomatoid malformasyonu</li> <li>g. Pulmoner lenfanjektazi</li> <li>b. Pulmoner hipoplazi</li> </ul> </li> <li><b>C. Hepatik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Neonatal hepatik</li> <li>b. Konjital siroz</li> <li>c. Neuroblastomatozis</li> </ul> </li> <li><b>D).Renal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Konjenital nefrozis</li> <li>b. Renal ven trombozu</li> <li>c. Polikistik böbrekler</li> </ul> </li> <li><b>E.Anomaliler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. I. Trizomi</li> <li>b. Akondroplazi</li> <li>c. Gaucher hastalığı</li> <li>d. Uretral atrezi</li> <li>e. Diğer değişik anomaliler</li> </ul> </li> <li><b>E.Enfeksiyon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sifiliz</li> <li>b. Toksoplazmozis</li> <li>c. Sitomegalovirüs</li> <li>d. Leptospiroz</li> <li>e. Tripanozoma</li> </ul> </li> </ul>

Konjenital kalp hastalıkları (en sık görüleni foramen ovalenin prematüre kapanması ve aritmileri %20 (4) kromozom anomaliler %16 ile takip ederken, Asya toplumlarında en sık görülme nedeni alfa talasemidir. HB Bart's hidrops fetalisi ise alfa talaseminin bir formu olup takip eden gebeliklerde %25 tekrarlama ihtimali vardır (5).

NIHF teşhis edilir edilmez sebebinin anlaşılması için sistemik araştırmalar yapılmalıdır. Bunlardan en önemlisi fetal sistemin özellikle fetal kalbin yapısal ve fonksiyonel gelişiminin ultrasonla incelenmesidir.

Hastamızın kan grubu uyumsuzluğu olması: Direk coombs testinin negatif çıkması bir NIHF olgusu olduğunu göstermektedir. Hemoglobin değerinin normal çıkması; Ultras-onografide majör anomali görülmeyip, kan biokimyasının renal veya hepatik bir hastalığı yansıtmaması; annenin i.u. enfeksiyon araştırmasında negatif sonuçlar elde edilmesi nedeniyle vakamız idiopatik gruba girmektedir.

### Prognoz

Özellikle sebebi tesbit edilemeyen vakalarda prognoz kötüdür. Fetal aritmi tesbit edilen 30 gebelikte yaşam oranı %10 olarak bildirilmiştir (6). Diğer çalışmalarda fetal kayıp %75-90 olarak bildirilmiştir (7). Yaşam şansının en fazla olduğu durum normal ritme döndürülebilir aritmeye bağlı hidrops vakalarıdır. Fetal gelişimin takibi için seri ultrasonlar yapılmalıdır. Hb. Bart's hidrops fetolisinde umbilikal ven kan akımı diğer hidrops vakalarına göre daha yüksektir ve ayırıcı tanıda etkili bir metoddur (5,8,9). İdiopatik NIHF'de ve rekürrent NIHF'de anne ve babada H L A tiplendirilmesi önemlidir (10).

### Tedavi

Fetal hareketler ve kardiyotakografi önemlidir. Etkene göre medikal veya cerrahi tedavi gerekebilir. Aritmi tesbit edilirse düzeltilmelidir. Bu durumda quinidin, digoksin kullanılabilir. Aşırı sıvı mobilizasyonu için Furosemid faydalı olabilir. Hidropik fetusa ciddi prematürite problemleri ilave olabileceği halde bazı vakalarda erken doğum gerekebilir.

## K A Y N A K L A R

1. Trnkel SB. Conditions associated with NIIF Clin Perinatal 1982;9:613-25.
2. DF. Mc Faddcu, MI) and GD Taylor. Pediatric Pathology 1989;9:11-7.
3. Jolm II, Drew MD, C Susan Woodward, MR Charles A, Baiharo MB: NI!IF: Rapidity of onset and usciiifiluess of prenatal ultrasonography. Ausfralas Radiol 1989, 33:369-72.
4. DE Mc Fadden, MD, and GP Taylor MD: Cardiac abnormalities and NIHP Pediatric Pathology 1989; 9:11-7.
5. Eon Jouhsieh, MD, Fong Ming Chang, MD, Ibiei Chen Huang MS, et al. Umblical vein blood flow niesuivnicuts in NIIE Obstetrics and Gyn. 1988; 71:188 91.
6. Nicolaidcs KII, Rodeck CH, Lange I et al. Feloscopy in the assesment of unexplained fetal hydrops. Br J Obs and Gyn 1985; 92:671.
7. Hol/greve W, Holzgreve B, Curry CJR. NIHF diagnosis and management Semin Perinatol 1988; 9:52.
8. Nakayama R, Yantada D, Steinmiller V, et al. Hydrosps fetalis secondary to Bart hemoglobinspalhy. Obstet Gynecol 1986; 67:176.
9. Liang ST, Wong VCW, So WWK, el al. Homozygous alia-talascemi: Clinical diagnosis and management. A review of 46 cases. Br J Obstet Gyn 1985; 92:680.
10. Steven L, Warsof MD, Kypros II, Nicolaidcs MD, and Citarles Rodeck MD. Immune and NIHF. Clinical Obs and Gyn 1986, 29, 3:533-42.