

Şiddetli Preeklampsi ve HELLP Sendromu'na Bağlı Gelişen Karaciğer Subkapsüler Hematom Rüptürü Olgusu

A CASE OF SEVERE PREECLAMPSIA AND RUPTURED HEPATIC SUBCAPSULAR HEMATOMA DUE TO HELLP SYNDROME

Hüseyin Mete TANIR*, Serdar GÜNALP**

* Yrd.Doç.Dr., Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, AFYON

** Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

Özet

Amaç: Şiddetli preeklampsi ve HELLP sendromu sonucu oluşan hepatik subkapsüler rüptür olgu sunumu.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Materyel ve Metod: Kliniğimizde 16.ıncı gebelik haftasında kronik hipertansiyon ve süperempoze preeklampsi tanısı sonucu yapılan tetkiklerde intrauterin exitus, HELLP sendromu ve akut karın saptanan ve bunu takiben planlanan eksploratif laparotomi ve histerotomi sonucunda karaciğerde kapsüler defekt saptanan anne.

Bulgular: Akut karın nedeni ile yapılan acil laparotomi sonucunda subkapsüler hematoma bağlı olduğu düşünülen ön hepatik segmentte 2 cm'lik bir kapsüler defekt saptandı. Defekt cerrahi olarak onarıldı. Yoğun bakım tedavileri sonucu postoperatif onuncu günde olgu taburcu edildi.

Sonuç: Şiddetli preeklampsinin önemli komplikasyonlarından biri olan hepatik rüptür durumunda, her ne kadar ilk tanıyı koymada zorluk olsa da, zamanında teşhis ve erken tedavi maternal mortalite ve morbiditeyi azaltır. Bu nedenle hepatik rüptür olgularındaki güncel tanı ve tedavi yaklaşımları özetlenerek vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şiddetli preeklampsi, HELLP sendromu, Karaciğer kapsül rüptürü

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:29-32

Summary

Objective: A case report of hepatic subcapsular rupture due to severe preeclampsia and HELLP syndrome.

Institution: Hacettepe University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology.

Material and Method: A mother who had been diagnosed at a gestational age of 16 weeks due to a fetal demise, severe preeclampsia and HELLP syndrome followed by an explorative laparotomy and hysterotomy revealing hepatic capsular defect.

Results: An emergency laparotomy undertaken due to acute abdomen revealed a 2 cm capsular defect on the anterior hepatic surface thought to be secondary to subcapsular hematoma rupture. The defect is surgically packed. The case is discharged from the hospital on the 10th day following the operation and intensive care therapies.

Conclusion: Prompt recognition and early treatment of hepatic rupture which is one of the important sequelae of severe preeclampsia, may reduce the maternal mortality and morbidity, although the diagnosis may be initially confusing. Thus, new trends in diagnostic and therapeutic approaches in hepatic rupture cases are outlined and reviewed.

Key Words: Severe preeclampsia, HELLP syndrome, Hepatic capsular rupture

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:29-32

Geliş Tarihi: 19.11.1999

Yazışma Adresi: Dr.Hüseyin Mete TANIR
Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü
Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
03200, İnönü Bulvarı, AFYON

Şiddetli preeklampside, akciğer ödemi, tüketim koagülopatisi, intrakranial kanama, akut böbrek yetmezliği, karaciğer subkapsüler hematoma veya rüptürü maternal mortalite ve morbiditeyi artıran önemli nedenlerdir (1-3). Preeklampside karaciğer tutulumu, klinikte kendini sağ üst kadrana lokalize

ağrı ve serum transaminaz yüksekliği ile belli etmektedir. Karaciğer tutulumu ileride gelişebilecek bir eklampatik tablonun belirteci olup, kapsül hematomu veya rüptürü gibi mortalitesi yüksek durumlarla sonuçlanabilir (4). Dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) ve HELLP (hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri, trombosit sayısında azalma) sendromu çoğunlukla olaya eşlik etmektedir (5). Karaciğer kapsül rüptürü tüm preeklampsi olgularının %1-2'sinde görülmektedir. İnsidans 1/40.000 ile 1/250.000 arasında bildirilmektedir (6,7). Multipar ve ileri yaş gebeliklerde, HELLP sendromu ve karaciğer subkapsüler hematoma oluşumu daha sık görülmektedir (8,9).

Bu yazıda, gebeliğin ikinci trimestrinde şiddetli süperempoze preeklampsi ve HELLP sendromuna bağlı karaciğer subkapsüler hematoma rüptürü saptanan bir olgu sunulup, güncel literatür ışığında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

38 yaşında gravida 6, para 6, son adet tarihine göre 21 haftalık gebeliği olan hasta, kliniğimize az idrar çıkarma ve şiddetli başağrısı şikayetleri ile başvurdu. Servise kabulünde kan basıncı değerleri 170-180/110 mmHg olarak saptandı. Sistemik muayene ve sorgulamada, batında minimal distansiyon, başağrısı, görme bozukluğu ve sağ üst kadrana lokalize ağrı mevcuttu. Yapılan obstetrik ultrasonografi'de fetal ölçümlerin 16 hafta ile uyumlu olduğu intrauterin exitus durumu gözlemlendi. İlk başvuru laboratuvar değerleri; Hb: 9.5mg/dl, Hct: 30.1, trombosit:110.000/mm³, BUN: 43mg/dl, kreatinin: 1.3 mg/dl, ürik asit: 10mg/dl, ALT: 1135 IU, AST: 654 IU, LDH: 610 U/ ml, idrar dansitesi: 1020, protid: 75mg/dl olarak bulundu. Gözdibi muayenesinde grade 1-2 hipertansif değişiklikler gözlemlendi.

Kanama zamanı 8.5 dk, pıhtılaşma zamanı 9 dk idi ve periferik yaymada tekli kümeler yapan trombositler yanında yer yer ekinositler görüldü. Kan basıncı yüksekliğine yönelik prazosin 3x2.5 mg/gün ve alfametildopa 4x500 mg/gün başlandı. Hastanın takibi sırasında sağ üst kadrana ağrısı şiddetlendi ve hassasiyeti bütün batına yayılım gösterdi. Bu dönemde (başvurudan 1.5 saat sonra) bakılan kan basıncı değerleri 90/60 mmHg, Hb: 7.7 gr/dl ve Hct: 21.3 olarak saptandı. Yapılan üst batin ultrasonografide, batin içinde yaygın inter-

nal ekolar içeren mayi ve minimal splenomegali saptandı.

Parasentez mayisinde defibrine kan görülmesi ve hastanın batin bulgularının alevlenmesi üzerine, olgu gebelik + akut karın ön tanısı ile laparotomiye alındı (başvurudan 2.5 saat sonra). Batin eksplorasyonunda bir litre kan boşaltıldı. Uterusun 4 aylık irilikte ve bilateral overlerin normal görünümde olduğu görüldü. Karaciğer incelendiğinde, üst anterior segmentte 15 cm uzunluğunda ve 2 cm genişliğinde subkapsüler hematoma rüptürünü düşündüren kapsüller bir defekt saptandı. Aktif bir kanama gözlenmediği için defekt bölgesi cerrahik (oxidised cellulose mash, Ethicon®) ile örtüldü. Hastaya aynı seansta histerotominin yanısıra Pomeroy usulü bilateral tüp ligationu yapıldı. Histerotomi sonucunda, 0 Apgarlı, 320 gram masere erkek fetus doğurtuldu. Erken postoperatif dönemde hastaya 3 ünite taze tam kan ve 4 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Santral venöz kateter ile kontrollü mayi ve kolloid solüsyonu yüklemesi ile başlangıçtaki oligürinin çözülmesi ve postoperatif dönemde böbrek fonksiyon testlerinin normale dönmesi, oligürinin prerenal hipovolemiye ikincil olarak geliştiğini düşündürdü. Postoperatif 3. günde BUN .21mg/dl, kreatinin: 0.9 mg/dl, ALT:20 IU ve AST:18 IU, Hb. 11.3 mg/dl, Hct: 34, trombosit: 110.000/mm³ olarak saptandı. Hastanın kan basıncı değerleri 130/90-95 mmHg seviyelerinde seyretti. Hasta postoperatif 10. günde genel durumunun düzelmesi üzerine antihipertansif tedavisi planlanarak taburcu edildi.

Tartışma

Gebelikte karaciğer kapsül rüptürü ilk kez Abercombie ve ark. tarafından rapor edilmiştir (10). Preeklampsi ve HELLP sendromuna bağlı olarak nadir görülmekle birlikte, geç tanı konulan durumlarda mortalitesi yüksek olmaktadır. Sibai ve ark, 13 yıl içinde 304 HELLP sendromu tanısı alan olgunun sadece üçünde subkapsüler hematoma saptamışlardır (11). Bu üç olgudan biri multipl organ yetmezliği nedeni ile kaybedilmiştir. Kapsül rüptürü veya hematoma saptanan vakalarda olaya genellikle DIC ve bu olguda da olduğu gibi, HELLP sendromu eşlik etmektedir (12). HELLP sendromunda klasik karaciğer tutulumu, histolojik

olarak, hepatik sinusoidlerde fibrin benzeri materyal birikimi ve sonucunda gelişen periportal veya fokal parenkim nekrozudur (13,14). Ayrıca preeklampsinin yol açtığı toksik vaskülopati veya mikroanjiyopati, mikroanevrizma alanlarına ve bunun sonucunda parenkimal kanama ve infarkt alanlarına neden olmaktadır (13-16). Gross olarak, karaciğer yüzeyinde soliter geniş hematomdan çok, ufak boyutta, birden fazla subkapsüler kanama odakları gözlenir (17). Hepatosellüler nekroz ve ödemin yol açtığı Glisson kapsülünde gerilme, klinikte, serum transaminaz yüksekliği ve sağ üst kadrana lokalize ağrı ile karakterizedir.

Bahsedilen olgu, kronik hipertansiyonu düşündürülen değişikliklerin yol açtığı süperempoze preeklampsisi tablosudur. Yapılan prospektif çalışmalarda, kronik hipertansiyon öyküsü olan gebeliklerde preeklampsinin şiddetli seyrettiği, olguda da görüldüğü gibi, intrauterin morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu belirtilmektedir. Olguların sonraki gebeliklerinin %75'inde preeklampsinin tekrarladığı bildirilmektedir (18). HELLP sendromunda ise bu rakam %5'tir (18).

Kapsül rüptürü, klinikte, sağ omuza vuran şiddetli ağrı, şok bulguları, masif asit, solunum güçlüğü veya plevral efüzyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumlarda ultrasonografi ve tomografi gibi görüntüleme yöntemleri ile hematoma varlığı ekarte edilebilir. Şok tablosu ile karakterize karaciğer kapsül hematoma rüptürü, acil laparotomi, massif taze kan, plazma ve trombosit transfüzyonları gerektirir. Rüptür durumunda yapılan periton lavajı, batında lokalize sıvının niteliği hakkında önemli bilgiler verse de, kesin tanı laparotomi veya anjiyografi ile konmalıdır (19). Laparotomide, rüptür saptandığı durumlarda kanamalı bölgenin üzerine hemostatik mesh konulması veya bölgeye omentum kaydırılması mümkündür. Şiddetli olgularda hepatik arter ligasyonu, embolizasyonu ve nihai olarak o bölgenin segmenter olarak çıkarılması gerekmektedir (20). Karaciğer transplantasyonu yapılan olgular da bildirilmiştir (21). Rüptüre olmamış olgularda klinik durum maternal ve fetal açıdan yakın takip edilmelidir. Görüntüleme yöntemleri ile hematoma boyutu seri ölçümlerle saptanmalıdır. İlerleme göstermeyen hematoma varlığı, gebeliği sonlandırmak için tek başına bir neden teşkil etmemektedir. İlerleyici olgularda ise, kanama kontrolü ve hemodinamik dengeyi sağladıktan sonra gebelik sonlandırılmalıdır (22).

Tablo 1. Gebelikte akut karın nedenleri*

Ablasyo plasenta	Myokardenfarktüsü
Pulmoner emboli	Akut pyelonefrit
Dejenere myom	İntestinal obstrüksiyon
Akut pankreatit	Akut kolesistit
Gastrik ve duodenal ulcus perforasyonu	Over torsiyonu
Karaciğer, dalak rüptürü	Perfore apandisit

Sonuç olarak, preeklampsisi olgularında görülen sağ üst kadrana lokalize ağrı, gelişebilecek bir eklampsinin veya kapsül rüptürünün bir işareti olarak görülse de, gebelikte görülen diğer akut karın nedenlerini de ekarte edilmesi gerekmektedir (Tablo 1). Şiddetli preeklampsisi ve HELLP sendromuna bağlı gelişen kapsül rüptürü, yüksek mortalite ile seyrettiği için, hastanın erken dönemde değerlendirilmesi ve tedavisi büyük bir önem taşımaktadır (23).

KAYNAKLAR

1. Sibai BM, Taslimi M, Abdella TN et al. Maternal and perinatal outcome of conservative management of severe preeclampsia in midtrimester. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 327-32.
2. Sibai BM, Akl S, Fairlie F, Moretti M. A protocol for managing severe preeclampsia in second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 733-8.
3. Sibai BM, Brian M, Sarinoğlu C. Severe preeclampsia in second trimester: recurrence risks and long term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165 (5) :251-6.
4. Barron WM. The syndrome of preeclampsia. *Gastroenterology Clinics of North America* 1992; 21(4): 851-72.
5. Principles and Practise of Medical Therapy in Pregnancy, ed Gleicher N, 2nd ed. 1992: 964-5.
6. Van Dyke RW. The liver in pregnancy. *Hepatology: a text book of liver disease*, 2nd ed. 1990: 1408-18.
7. Westengaard L. Spontaneous rupture of the liver in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol* 1983; 59: 559-61.
8. Henney CP, Lim AE, Brummelkamp WH. A review of the importance of acute multidisciplinary treatment following spontaneous rupture of liver capsule during pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 593-9.
9. Everett F, Magen MD, Sweet P, Chaucau MD. Standard Parameters of Preeclampsia: can the physician depend on them to reliably identify the patient with HELLP syndrome?. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1993; 33 (3): 122-8.
10. Bis KA, Waxman B. Rupture of the liver associated with pregnancy: a review of the literature and report of 2 cases. *Obstet Gynecol Survey* 1976; 31: 763-70.
11. Sibai BM. The HELLP syndrome (Hemolysis, elevated liver

- er enzymes, low platelets) Much ado about nothing. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 311-6.
- 12.Rolfen DD, Ishak KG. Liver disease in toxemia and pregnancy. *Am J Gastroenterology* 1986; 81: 1138-44.
- 13.Robbins S, Cotran RS, Kumar V. *Pathologic Basis of Disease*, 3rd ed. 1984: 1155-57.
- 14.Manas KJ, Welsh TD, Rankin RA et al. Hepatic hemorrhage without rupture in preeclampsia. *N Eng J Med* 1985; 312: 424-6.
- 15.Greenstein D, Michael H, Thomas D et al. Liver hemorrhage: recurrent episodes during pregnancy complicated by preeclampsia. *Gastroenterology* 1994; 106: 1668-71.
- 16.Barton JR, Riely CA, Adamec TA et al. Hepatic histopathologic condition does not correlate with laboratory abnormalities in HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1538-43.
- 17.Anthony J, Johanson R, Dommissie J. Critical care management of severe preeclampsia. *Fetal and Maternal Medicine Review* 1994; 6: 219-22.
- 18.Sibai BM, Ramandan MK, Radha SC et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets): subsequent pregnancy outcome and long term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 125-8.
- 19.Sommer DG, Grrenway GD, Bookstein JJ. Hepatic rupture with toxemia of pregnancy: angiographic diagnosis. *Am J Roentgenol* 1979; 132: 455.
- 20.Barton JR. Care of the pregnancy complicated by HELLP syndrome. *Gastroenterology Clinics of North America* 1992; 21(4): 937-50.
- 21.Hunter SK, Martin M, Benda JA et al. Liver transplant after massive spontaneous hepatic rupture in pregnancy complicated by preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 819-22.
- 22.Smith J. Liver rupture in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991; 77(2): 173-9.
- 23.Van Hook JW. Management of Complicated Preeclampsia. *Seminars in Perinatology* 1999; 23(1): 79-80.