

**GEBELİK SIRASINDA GELİŞEN İDİOPATİK
TROMBOSİTOPENİK PURPURA
(Vaka Takdimi)**

İlkan Dünder

Acar Koç

Serdar İşcan

Aysun Kale

Fulya Dökmeci

Gülây Kurtay

Trombositlere karşı otoantikör oluşması ile karakterize olan idiopatik trombositopenik purpura (ITP), gebelikte en sık görülen otoimmün hemolitik hastalıktır. ITP'da otoantikör oluşum mekanizması kesin olarak bilinmemekle beraber, antikör ile kaplı trombositler yaşam sürelerini doldurmadan retiküloendotelial sistem'de yıkılırlar. Bu hastalık çoğunlukla reproduktif çağıdaki kadınlarda gözlenir ve gebeliğin, remisyonunda olan bir hastada bile hastalığı aktive ettiği bilinmektedir. Bunun kökeninde yatan nedenin hiperöstrojenemi olduğu düşünülmektedir (10,13,17).

Literatür'de birçok otöründe vurguladığı gibi IgG yapısındaki maternal antikörler plasentadan geçerek, fetus ve yenidoğanda trombositopeni oluşturabilmektedir (2,14). Gebelikle birlikte olan ITP olgularında, maternal morbidite oranları yükselebilmekte ve hatta mortalite dahi gözlenebilmektedir. Fetus ve yenidoğan için, çoğunlukla intrakranial olmak üzere hemoraji riski bulunmaktadır (11).

OLGU SUNUMU

C.S., 19 yaşında ve ilk gebeliği olan hasta 01.11.1994 tarihinde gebelik + trombositopeni ön tanısı ile yatmakta olduğu hastaneden, anabilim dalımıza sevk edilmiştir. Son adet tarihine göre 39 haftalık gebeliği olan hastanın anamnezinde, herhangi bir sistemik hastalık ve ITP'yi düşündürecek bir klinik tablonun varlığının olmadığı gözlenmiştir.

Başvurusunu takiben fetal monitöre bağlanan, doğum eylemi ile uyumlu uterin kontraksiyonları bulunmayan ve nonstress test'i reaktif olan hastanın, yapılan obstetrik ultrasonografisinde biparietal çap, femur uzunluğu ve göğüs çevresi ölçümleri 34 haftalık gebelik ölçümleri ile uyumlu olup, amniotik mayii normalden daha az, amniotik sıvı indeksi ise 2-4 olarak tesbit edildi. Anomali ve intrakranial hemoraji ultrasonografik olarak tesbit edilmedi.

Kan tablosu incelendiğinde; Htc : 31.4, Hbg : 10.1, WBC : 11.4, RBC : 4.04×10^{10} AST : 19, BUN : 6, Cre : 0.6, T. Bil : 0.42, Na : 137, K : 3.5 ve Cl : 110.1 olarak gözlendi. Platelet sayısı 33.000/mm³ olup, periferik yaymasında ise nadir tekli trombositler saptandı. Sternumdan yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisi sonucunda megakaryositlerde artış görüldü ve bu bulgu ITP lehine değerlendirildi.

Tüm bu bulgularıyla hastaya, hematolojik kliniği ile konsülte edilerek «gebelik + ITP» tanısı kondu. Takiben, 2 mg/kg/gün kortikosteroide (prednol) tedavisine başlandı. Tedavinin 2. gününde platelet sayısının 44.000 mm³, 3. gününde ise 66.000/mm³ olduğu gözlendi. Tedavinin 5. gününde platelet sayısı 91.000/mm³ iken, hastanın doğum eyleminin başladığının farkedilmesi üzerine hasta muayene edildi. Tuşe vajinal'de dilatasyon 4 cm, effesman % 70 ve poche'nin intakt olduğu tesbit edildi. Doğum eylemini durdurmaya yönelik intravenöz ritodrin (prepar) uygulamasına geçildi. ve kontraksiyonlar 85. dakikada durduruldu. 6 saatlik intravenöz uygulamayı takiben oral ritodrin preparatı ile idame sağlandı. Tedavinin 6. gününde maternal platelet sayısı 140.000/mm³'e yükselmişti. Kordosentez yapılarak fetal platelet sayısının 313/000mm³ bulunması üzerine tokoliz işlemine son verildi. Tokolizin sonlandırılmasının 4. saatinde doğum eyleminin yeniden başladığı tesbit edildi ve 7. saatte, bir adet apgar skoru 1. dakikada 9, 5. dakikada 10 olan 240grx46cm erkek bebek vajinal yoldan doğurtuldu. Postpartum yenidoğan platelet sayısı 304.000/mm³ olarak bulundu. Yenidoğan çocuk kliniğinde 4 saat izlendikten sonra ailesine teslim edildi. Postpartum 3. günde platelet sayısı 153.000/mm³ olan ve obstetrik bir problemi bulunmayan hasta, hematoloji kliniğine sevk edilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Asemptomatik bir gebede, trombositopeninin saptanmasını takiben ileri tetkik imkanları acilen kullanılarak idiopatik trombositopenik purpura tanısı konulabilir. Yapılan prospektif bir çalışmada, o yıl

doğum yapmış 2263 olgunun % 8.3'ünde orta derecede (97.000-150.000/mm³) trombositopeni saptanmış ve trombositopeninin maternal ve yenidoğan üzerinde negatif bir etkisi gözlenmemiştir (1).

Gebelik + ITP olgularında, bizim vakamızda da gözlediğimiz gibi kortikosteroid tedavisi oldukça yüzgüldürücü sonuçlar vermektedir. Bu tedavi rejimi ile platelet sayısının artmasının yanı sıra, kapiller frajilite de azalmaktadır (4).

Diğer taraftan yüksek doz intravenöz gammaglobulin tedavisi de bu hastalarda uygulanabilecek bir diğer tedavi ajanıdır. Platelet sayısını acil olarak yükseltmek gerektiğinde, splenektomize hastalarda oldukça pahalı bir ajan olmasına karşın tercih edilebilir (3,6,7,8,12). 5 gün boyunca 0.4 gr/kg/gün gammaglobulin tedavisi uygulandığında platelet sayısı dramatik olarak yükselir ve en az bir ay süre ile sabit kalır (15).

Platelet sayısını akut olarak yükseltmek gerektiğinde trombosit süspansiyonu kullanılacak olursa, donör plateletlerin antikorlarla kaplanıp hızla dolaşımdan uzaklaştırılmasından dolayı gerekli etkinlik gözlenemeyecektir. Kortikosteroidlerin yeterli iyileşmeyi sağlamadığı olgularda splenektomi de uygulanabilir (3).

Fetal platelet sayısının, maternal platelet sayısına paralel olarak azalması her zaman beklenen bir sonuç değildir (9,10). Bizim vakamızda olduğu gibi, maternal trombositopeniye rağmen, fetal platelet sayısı normal olabilir.

Plasenta yoluyla fetusa geçen immunglobulin G antikorlar, fetal trombositopeniye neden olarak fetal kanama, özellikle intrakranial kanama oluşturabilirler (11). Doğum şekli belirlenirken gerek annenin ve gerekse fetusun içinde bulunduğu şartlar detaylı olarak değerlendirilmelidir. Ciddi trombositopenili bir gebeye sezaryen uygulaması ağır morbidite ve hatta mortaliteye neden olabilir. Buna karşın travmatik bir vajinal doğum ise yenidoğanda özellikle kanama ile karakterize çeşitli komplikasyonlara yol açabilir. Platelet sayısının 50.000/mm³ ve altında olduğu vakalarda sezaryen, 50.000/mm³'ün üzerinde olduğu vakalarda obstetrik bir kontrendikasyon yoksa vajinal doğum tercih edilmelidir (5,14,16).

ÖZET

Gebelikte trombositopeni, nadir görülen bir bulgudur. Gebelikte trombositopeni, ciddi fetal ve maternal morbidite ve mortaliteyle ilişkilendirilmelidir. Gebelikte trombositopeni, gebelikte trombositopeni olarak tanımlanır.

Gebelikte trombositopeni üzerinde dikkatle durulması gereken bir bulgudur. Bir kez alınan kan örneği ile yetinilmemeli, trombositopeni olduğuna karar verebilmek için mutlak, birden çok örnekleme yapılmalıdır. Ayırıcı tanı için ileri tetkikler yapılmalı ve kesin tanıya mümkün olan en kısa sürede gidilmelidir. Doğru ve hızlı davranılmadığı takdirde, gerek maternal ve gerekse fetal morbidite ve hatta mortalite söz konusu olabilir. Gebelikte görülen trombositopeniler içerisinde en sık rastlanan idiopatik trombositopenik purpura'dır. Bu makalede gerek olgumuz anlatılmış ve gerekse de literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler : İdiopatik Trombositopenik Purpura, Trombositopeni, Gebelik

SUMMARY

(A case Report : Pregnancy + Idiopathic thrombocytopenic purpura)

Trombocytopenia in pregnancy is a laboratory finding that must be considered seriously. In order to decide upon thrombocytopenia, serial blood sampling must be performed. Differential diagnosis should be done as soon as possible by using further investigations. Otherwise, serious fetal or maternal morbidity and mortality should be kept in mind. The most common form of thrombocytopenia in pregnancy is idiopathic type. In this report, we described a case of this form, under the view of the literature.

Key Words : Idiopathic Trombocytopenic Purpura, Trombocytopenia, Pregnancy

KAYNAKLAR

1. Burrows RF Kelton JG : Incidentally detected thrombocytopenia in healthy mothers and their infants. *N Engl J Med*, 319 (3); 142-5, 1988.
2. Burrows RF Kelton JG : Low fetal risks in pregnancies associated with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (4); 1147-50, 1990.
3. Bussel JB Hilgartner MW : Intravenous immunoglobulin therapy of idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood and adolescence. *Hematol Oncol Clin North Am*, 1 (3); 465-82, 1987.

4. Christiaens GC Nieuwenhuis HK von dem Borne AE : Idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy : A randomized trial on the effect of antenatal low corticosteroids on neonatal platelet count. *Br J Obstet Gynecol*, 97 (10); 893-8, 1990.
5. Dan U Barkai G David B : Management of labor in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Gynecol Obstet Invest*, 27 (4); 193-6, 1989.
6. Gibson J Laird PP Joshua DE : Very high dose intravenous gammaglobulin in thrombocytopenia of pregnancy. *Aust N Z J Med*, 19 (2); 151-3, 1989.
7. Gounder MP Baker D Saletan S : Intravenous gammaglobulin therapy in the management of a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura and a warm autoimmune erythrocyte panagglutinin during pregnancy. *Obstet Gynecol*, 67 (5); 741-6, 1986.
8. Klein J Sanyas P Dauplain G : Significance of intravenous immunoglobulins to the neonate born of a mother with idiopathic thrombopenic purpura. *Rev Fr Transfus Immunohematol*, 30 (2); 103-8, 1987.
9. Klein W Hambuchen U Hillemanns HG : Pregnancy and labor in idiopathic thrombocytopenic purpura (Werlhof disease). *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 50 (2); 132-5, 1990.
10. Knitza R Wisser J Mempel M : Idiopathic thrombocytopenic purpura and pregnancy. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 45 (11), 797-802, 1985.
11. Lauran Y Dreyfus M Fernandez H : Idiopathic autoimmune thrombopenic purpura and pregnancy. *Neuv Rev Fr Hematol*, 29 (6); 401-5, 1987.
12. Morell A Barandun S : Correlation of in vitro antibody synthesis with the outcome of intravenous gammaglobulin treatment of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *J Clin Immunol*, 6 (1); 50-6, 1986.
13. Neri A Pardo Y : Premature separation of placenta in a patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Feta lTher*, 4 (4); 185-7, 1989.
14. Paniel BJ Truc JB : Autoimmune thrombocytopenia and pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 16 (1); 17-26, 1987.
15. Ronconi GF Castaman G Fantuz E : Therapy with high dose intravenous gammaglobulin in the newborn infant with thrombocytopenia from passive immunization. *Pediatr Med Chir*, 7 (4); 567-8, 1985.
16. Sacher RA : ITP in pregnancy and the newborn. *Blut*, 59 (1); 124-7, 1989.
17. Scott JR Rote NS : Antiplatelet antibodies and platelet counts in pregnancies complicated by autoimmune thrombocytopenic purpura. *Am J Obstet Gynecol*, 145; 932, 1983.