

Geç Prepartum Gelişen Ciddi Trombositopeni ve Erken Postpartum Masif Kanama ile Seyreden Olgunun Yönetimi

Management of Case with Late Onset Prepartum Severe Thrombocytopenia and Continued Early Postpartum Massive Bleeding

Şafak Özdemirci, Emre Başer, Serap Fırtına Tuncer, İbrahim Halilzade, Seher Çınar, Erhan Demirdağ, Zerrin Türkel
Ömer Lütfi Tapısız

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etlik, Ankara, Türkiye

ÖZET

Trombositopeni, gebelikte çoğunlukla masum olup tedavi gerektirmemesine rağmen ağır trombositopenisi olan hastalarda postpartum kanamaya bağlı maternal morbidite ve mortalite riski artmaktadır. Olgumuzda; 26 yaşında, 3.trimester başında platelet sayısı normal sınırlarda olan fakat doğumdan bir gün önce ciddi trombositopenisi tespit edilen gebenin periferik yaymasında trombosit kümeleri görülüp fonksiyonları normal olarak tespit edildi. Vajinal doğum sonrası şiddetli kanama gelişmesiyle birlikte medikal tedavi ve kan/kan ürünleri replasmanı yapıldı. İmmünolojik neden göz önünde bulundurularak iv metilprednizolon uygulandı. Uygulanan tedavilere rağmen kanamanın devam etmesi üzerine kompresyon amacı ile uterin kaviteye Bakri balon, vajene adrenalini tampon yerleştirildi ve kanamanın kontrol altına alınması ile birlikte 24. saatte çekildi. Hasta postpartum 6. gününde trombosit sayısı normal sınırlarda iken taburcu edildi. 6. haftadaki kontrolünde tekrar trombositopeni tespit edilen hastada lekelenme tarzında kanama şikayeti mevcuttu. İmmünolojik neden düşünülerek oral metilprednizolon başlandı ve 7 gün sonra trombosit sayısı yükselerek şikayetleri geriledi.

Anahtar Sözcükler: Trombositopeni, vaginal kanama, metilprednizolon, Bakri balon

Geliş Tarihi: 23.05.2015

Kabul Tarihi: 04.09.2015

ABSTRACT

Thrombocytopenia is commonly harmless and does not require treatment at the delivery, however the risk of maternal mortality and morbidity is going up when it is severe. In our case, a 26 years old pregnant women were determined who has severe thrombocytopenia one day before the delivery and platelet clusters were seen and functions were detected normally in peripheral smear, whereas the number of platelet was normal onset of the third trimester. After vaginal delivery, violent vaginal bleeding was arised and medical treatment and blood/blood products replacement was performed quickly. Iv methylprednisolone was implemented for considered of immunological reason. Because of ongoing bleeding, bakri balloon was established in uterine cavity and vaginal stype was placed for compression and they were removed after 24 hours with reduction of bleeding. The patient was discharged on the sixth day as platelet count was in normal range. Thrombocytopenia was detected again at the sixth week control visit and she had minimal vaginal bleeding. She used oral methylprednisolone for considered of immunological reason and after seven days, platelet count increased.

Key Words: Thrombocytopenia, vaginal bleeding, methylprednisolone, Bakri balloon

Received: 05.23.2015

Accepted: 09.04.2015

GİRİŞ

Trombositopeni, gebelerin %7-10'unda görülmesine rağmen çoğunlukla tedavi gerektirmez. Gebelikteki trombositopenilerin; %75'i gestasyonel trombositopeni, %3-4'ü immün nedenler, %1-2'si yapısal trombositopeniler, infeksiyonlar ve malign hastalıklarla ilişkili olup, %15-20'si ise hipertansif hastalıklara sekonder gelişmektedir (1, 2). Psödötrombositopeni, büyük plateletlerin bir araya toplanması sonucu otomatik analizör cihazların trombosit sayısını yanlış sayması olarak tanımlanır (3). Sunulan olguda, 3.trimester başındaki platelet sayısı normal iken, doğumdan bir gün önce trombositopenisi tespit edilen ve vajinal doğum sonrası şiddetli postpartum kanama gerçekleşen gebedeki kanama tedavisi ve sonrasındaki izlem süreci tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşında, G1P0A0, son adet tarihine göre 38 hafta 2 günlük, ultrasonografik olarak 37-38 hafta ve canlı fetus tespit edilen hasta sancı şikayeti ile başvurdu. Anamnez ve laboratuvar incelemelerinde, trombosit sayısının $32000/\text{mm}^3$ olması haricinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın kanama için yapılan spesifik sorgulamasında özellik belirlenmedi. Gebelikte antikoagülan ve/veya kanamaya yol açabilecek ilaç kullanmadığı ve geçirilmiş cerrahisinin olmadığı öğrenildi. İlk iki trimesterde ve 32. gestasyonel haftasında trombosit sayısının normal değerlerde olduğu belirlendi. Ciddi trombositopeni tespit edilmesi nedeni ile yapılan periferik yaymasında trombosit kümeleri görüldü ve fonksiyonlarının normal olduğu saptanarak psödötrombositopeni olabileceği düşünüldü.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Uzm.Dr.Şafak Özdemirci, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Etlik, Ankara, Türkiye E-Posta: safakozdemirci@gmail.com

©Telif Hakkı 2016 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2016 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2016.08>

Takibinde aktif doğum eylemine giren hasta, yaklaşık 8 saatlik sorunsuz travayı sonrasında spontan, vajinal yolla, mediolateral epizyotomi ile 2950 gr canlı bir bebek doğurdu. Hastada doğumdan birkaç dakika sonra 2-3 dakika süren bilinç kaybı yaşandı ve bilinç kaybı düzeldikten sonra, birkaç dakika süren geçici görme kaybı gelişti. Doğumdan hemen sonra TA 90/60 mmHg, nabız 100-110/dk, solunum sayısı 20-25/dk idi. Uterin kaviteden ve epizyotomi hattından aktif kanama izlenmeyen hastanın uterusu kontrakte idi. Doğumdan hemen sonraki Hb değeri 9.8 gr/dl, trombosit sayısı 33000/mm³ idi. Takip eden süreçte, (doğumdan 90 dk sonra) TA 70/40 mmHg, nabız 140-150/dk, solunum sayısı 30-35/dk, Hb değeri 4.6 gr/dl, trombosit sayısı 20000/mm³ olarak tespit edildi. Kanama profilinin normal sınırlardaydı. Tekrar yapılan muayenesinde; uterusun kontrakte olduğu ancak epizyotomi hattı ve uterin kaviteden aktif kanamanın olduğu izlendi. Ultrasonografik incelemesinde, uterus ve kavitenin normal olduğu, batında serbest sıvının olmadığı belirlendi. Hızlı ve uygun bir şekilde, medikal tedavi ve kan/kan ürünleri replasmanı yapılan hastaya aynı zamanda trombositopeninin immünojenik nedenle oluşabileceği göz önünde bulundurularak 250 mg iv metilprednizolon uygulandı. Yapılan tüm tedavilere rağmen aktif vajinal kanamanın devam etmesi üzerine hastaya genel anestezi altında genital trakt muayenesi yapıldı. Genital traktta herhangi bir laserasyon ve travma izlenmedi. Kanamayı durdurmak için uterin kaviteye Bakri balon ve vajene de kompresyon amacıyla adrenalini tampon yerleştirildi. Hastanın yoğun bakım takiplerinde vajinal kanamasının saatlik 100-150 cc şeklinde devam ettiği ve Hb 7.0 gr/dl, trombosit sayısı 21000/mm³ olduğu belirlendi (Bakri balon sonrası 3. saat). Postpartum 1.gün, kanamanın minimale indiği ve kan/kan ürünleri replasmanı ile sırasıyla; Hb 10.8, 10.1 ve 9.7gr/dl, trombosit sayısının 66000, 89000 ve 92000/mm³ değerlerine ulaştığı görüldü. Kanamanın minimale inmesi ile vajinal tampon ve Bakri balon (saatlik tedricen) 24. saatte çekildi. Hasta 6. günde şifa ile trombosit sayısı 166000/mm³ iken taburcu edildi. Kontrollerinde postpartum 6. haftadaki trombosit sayısının 19000/mm³ olduğu saptanan hastada lekelenme tarzında vajinal kanama şikayeti mevcuttu. Hematoloji konsültasyonu sonrasında, immünojenik nedenlere bağlı trombositopeni geliştiği düşünüldü ve oral metilprednizolon (48 mg/gün) başlandı. 7 gün sonra trombosit sayısı 121000/mm³'e ulaştı ve hastanın vajinal kanama şikayeti geriledi.

TARTIŞMA

Trombositlerin; sayısı, fonksiyonu ve yaşam süresinde gebelik sırasında önemli bir değişim gözlenmemesine rağmen, en sık izlenen platelet patolojisi trombositopenidir (4). Platelet sayısının doğum için 50,000/μL, spinal anestezi için 75,000/ μL ve üzerinde olması istenmektedir. Platelet sayısı 30,000/ μL altında ve semptom izlenirse tedavi uygulanmalıdır (5).

Gestasyonel trombositopeni son trimesterde izlenir, gebeliğin sonunda kendiliğinden düzelir ve postpartum kanamayla ilişkisi yoktur (5). Olguda term dönemle birlikte puerperal dönem sonunda da trombositopeninin devam etmesi gestasyonel trombositopeniye uymamaktadır. Postpartum kanama tedavisi sonrası, platelet sayısının ölçümü aynı cihazlarda yapılmasına rağmen sonucun normal olması, psdotrombositopeni ön tanısının doğru olmadığını düşündürmektedir. İmmunolojik trombositopenide, ilk iki trimesterde de platelet sayısı azalır ve steroid ve/veya immunoglobulin infüzyonu ile tedavi edilir (5). Olgumuzda, ilk iki trimesterde platelet sayısının normal değerlerde olması immunolojik trombositopeniye uymamakla birlikte, doğumdan sonraki ilk hafta platelet sayısının normal değerlere ulaşmasından sonra tekrar şiddetli trombositopeninin görülmesi ve steroid kullanımı ile trombositopeninin düzelmesi olgumuzda immunolojik bir hadise olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ

Trombositopenik gebelerde etyoloji doğum öncesi detaylı araştırılmalı, periferik yaymada patolojik durum saptanmasa da intrapartum kanama olabileceği unutulmamalıdır. Kan/kan ürünleri önceden hazırlanıp, hastanın uygun bir merkezde doğumu planlanmalıdır. Ayrıca olgumuzda görüldüğü gibi doğum sonrası diffüz olarak seyreden kanamalarda uterus/vajene uygulan bakri balon ve vajinal tamponun kompresyon etkisi yaparak kanamayı kontrol altına alabileceği akılda tutulmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Bockenstedt PL. Thrombocytopenia in pregnancy. Hematology/oncology clinics of North America. 2011;25:293-310.
2. Townsley DM. Hematologic complications of pregnancy. Seminars in hematology. 2013;50:222-31.
3. Kamath V, Sarda P, Chacko MP, Sitaram U. Pseudothrombocytopenia observed with ethylene diamine tetra acetate and citrate anticoagulants, resolved using 37 degrees C incubation and Kanamycin. Indian journal of pathology & microbiology. 2013;56:306-8.
4. Biswas A, Arulkumaran S, Ratnam SS. Disorders of platelets in pregnancy. Obstetrical & gynecological survey. 1994;49:585-94.
5. Khellaf M, Loustau V, Bierling P, Michel M, Godeau B. [Thrombocytopenia and pregnancy]. La Revue de medecine interne / fondee par la Societe nationale francaise de medecine interne. 2012;33:446-52.