

# İZOLE TROMBOSİTOPENİ BİR GEBELİK KOMPLİKASYONUMUDUR?(4 olgu nedeniyle)

Can BOĞA\*, Muhsin SIRIM\*\*

Anahtar Terimleri:Trombositopeni, Gebelik

Key Words:Trombocytopenia, pregnancy

## OZET

İzole trombositopenik purpurası olan 4 gebe incelendi. 4 gebenin üçünde, hastalığın ilk epizodunun gebelik sırasında ortaya çıktığı anlaşıldı. 1 vakada da gebelik sonlandırıldıktan sonra klinik düzelme görüldü. Olgularımızda hastalığın seyri, gebeliğin trombositopenik purpurayı agreve edebileceği yönündeki fikirleri destekler gibi görünmektedir.

## SUMMARY

### Is Isolated Thrombocytopenia a Complication of Pregnancy

Four pregnant woman with isolated thrombocytopenia were investigated. The first episode of the disease existed during pregnancy in 3 of 4 pregnant women with idiopathic thrombocytopenic purpura. Clinical remission was seen in only one patient after the pregnancy terminate.

We conclude that pregnancy may aggravate the clinical course of idiopathic thrombocytopenic purpura.

## GİRİŞ

Komplikasyon oluşmamış bir gebelikte platelet sayısı normal sınırlar içerisinde fizyolojik dalgalanmalar gösterebilir(1,2,3). Bu nedenle trombositopeni saptanan bir gebede olayı değerlendirmek ve altta yatan muhtemel bir patolojiyi aramak gerektiği belirtilmiştir. İzole trombositopenisi olan gebelerin çoğunun ise idiopatik trombositopenik purpura olduğu anlaşılmıştır(2). Sistemik lupus eritematozus ve lenfoproliferatif hastalıkların seyri esnasında da immün trombositopeni oluşabilir. Ancak sebep çoğunlukla idiopattir. Tanı, trombositopeniye yol açan diğer hastalıkların ekarte edilmesiyle konur(4). 1988 yılı içinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları servisine yatan ve izole trombositopenisi olan 4 gebe kadın incelendi. Vakalarımızda izole trombositopeni tanısı şu kriterlere göre kondu:

1. Başka hematolojik anomali olmaksızın izole trombositopeni olması.
2. Sekonder trombositopeni yapabilecek hipersplenizm ve lenfadenopati gibi bulguların olmaması.

\* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD.Doç.Dr.

\*\* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Hast.ve Doğum ABD.Uz.Dr.

3. Trombositopeni yapabilecek bir ilaç almamış olması.
4. Kemik iliğinde megakaryositlerin artmış olması.
5. Gebelikle ilişkili trombositopenik hastalıkların eklampsi ve preeklampsinin bulunmaması.  
Platelet ilişkili antikorlar tanı için bir kriter olarak alınmadı (2,5).

## VAKA TAKDİMLERİ

Vaka 1: 25 yaşındaki hasta purpura yakınması ile başvurdu. Trombositopeniye yol açan bir ilaç kullanma öyküsü yoktu. İlk trombositopenik epizod 4.gebeliğin 12.haftasında ortaya çıktı. Fizik muayenesi purpura dışında normaldi. Laboratuar tetkiklerinde izole trombositopenisi olup platelet şekli normal ve iri idi. Coombs testi, antinükleer antikor, HBsAg negatif idi. Koagülasyon testleri fibrin yıkım ürünleri, fibrinojen düzeyleri ve idrar tetkiki normaldi. Kemik iliği muayenesinde megakaryositler artmıştı. Hastaya 1 mg/kg metil prednizolon, pulse steroid (30 mg/kg metil prednisolon) ve vincristin başlandı. 1.5 ayda cevap alınamadı. Gebelik sonlandırıldıktan sonra hastada klinik düzelme görüldü.

Vaka 2: 20 yaşındaki hasta purpura yakınması ile başvurdu. Trombositopeniye yol açan bir ilaç kullanmamıştı. Üçüncü trombositopenik epizod ilk gebeliğin 24.gebelik haftasında ortaya çıktı. Fizik muayenesinde purpura dışında özellik yoktu. Laboratuar tetkiklerinde izole trombositopenisi olup, platelet şekli normal idi. Coomb testi, LE hücresi, antinükleer antikor, HBsAg tetstleri negatif idi. Koagülasyon testleri, fibrinojen ve fibrin yıkım ürünleri düzeyleri normaldi. İdrarda bol eritrosit vardı. Kemik iliği muayenesinde megakaryositler boldu. Steroid (1 mg/kg, metil prednizolon)'den 2 hafta sonra cevap alınmaya başlandı.

Vaka 3: 26 yaşındaki hasta purpura yakınması ile başvurdu. Trombositopeniye yol açan bir ilaç kullanmamıştı. İlk trombositopenik epizod 3.gebeliğin 6.haftasında ortaya çıktı. Fizik muayenesinde purpura dışında özellik yoktu. Laboratuar tetkiklerinde izole trombositopenisi olup, platelet şekli normal ve iri idi. Coombs testi, antinükleer antikor, testleri negatif idi. Koagülasyon testleri, fibrin yıkım ürünleri ve fibrinojen düzeyleri normaldi. İdrarında bol eritrosit vardı. Kemik iliği muayenesinde megakaryositler artmıştı. 1 mg/kg metil prednizolondan 2 hafta sonra cevap alındı.

Vaka 4: 23 yaşındaki hasta purpura yakınması ile başvurdu. Trombositopeniye yol açan bir ilaç kullanmamıştı. İlk trombositopenik epizod ilk gebeliğin 32.gebelik haftasında ortaya çıktı. Fizik muayenesinde purpura dışında özellik yoktu. Laboratuar tetkiklerinde izole trombositopenisi olup, tekli ve dev trombositleri vardı. Coombs testi, antinükleer antikor, HBsAg, çift sarmal DNA testleri negatif idi. Koagülasyon testleri, fibrin yıkım ürünleri normaldi. İdrarında bol eritrosit vardı. Kemik iliği muayenesinde megakaryositler yeterli idi. 1 mg/kg metil prednizolondan 2 hafta sonra cevap alındı.

## TARTIŞMA

Kalitatif ve kantitatif platelet defekti yüzünden ortaya çıkan kanama, muhtemelen gebe kadınlarda en sık gözlenen hemostatik anormalliktir. Gebelik sırasında platelet sayısının değişmediği, arttığı veya düştüğü çeşitli yazılarda sunulmuştur. Aslında yazılar arasındaki farklılıklar çok büyük değildir. En azından bu uyuşmazlıkların pek çoğu hasta popülasyonuna, kan örneği toplama ve çalışma tekniklerinin farklı oluşuna bağlanmıştır. Gebelerde beklenen normal platelet hudutları gebe olmayanlara göre biraz daha geniştir. (140-440x10 platelet/litre). Platelet sayısındaki küçük değişikliklerin nadiren klinik önemi vardır. Bilinen gerçek şudur ki, gebe olmayanlar için normal limitin altında kabul edilen değerler normal gebelerde hiçbir zaman görülmez(5).

Fay ve arkadaşları, 1983'de gebeliğin son iki haftasında platelet destrüksiyonunun arttığını ve platelet ömrünün gebelerde kısalabileceğini göstermiştir. Ama platelet sayısı genellikle mm<sup>3</sup>'te 260 binin üzerindedir. Platelet sayısında fizyolojik azalma normal sınırlardadır(1).

Idiopatik trombositopenik purpuralı hastaların % 90'ında platelet ilişkili IgG düzeylerinin arttığı gösterilebilir. Ancak IgG varlığını ortaya koyan testin sensitif olmasına rağmen spesifite limiti düşüktür. Dolayısıyla teşhisteki yeri sınırlıdır. Değişik tekniklerle tespit edilebilen antiplatelet antikorlarının seviyesi ile annenin klinik durumu, fetus trombositlerinin durumu ve seçilecek tedavi yöntemi arasındaki korelasyon konusu tartışmalıdır(5,6).

Platelet ilişkili antijenler heterojendir ve ABO, HLA ve platelet spesifik izoantijenler (P1<sup>A</sup>, P1<sup>C</sup>, KO, Bak.), glikoprotein Ib, IIb, IIIa ve major histokompatibilite antijenleri HLA A,B,C,D ile ilgili olabilir. Bu antijenlerin, serbest antikorlarını ölçmek, fetal trombositopeniyi ölçmediği gibi maternal trombositopeni yönünden de diagnostik olmamaktadır(2,5).

Kenton, tıpkı aşı ve infeksiyon gibi gebeliğinde idiyopatik trombositopenik purpurayı agreve edebileceğini söylemiştir. 23 idiyopatik trombositopenik purpuralı hastada gebelik sonlandıktan sonra 11'inin tam remisyona girmesi, 12'sinin ise kısmen düzelmesi bu fikrin ileri sürülmesine yol açmıştır. Birçok araştırmacı da buna katılmaktadır(2,3,5).

Bir kısım vakada ise altta lupusun varolabileceği yazılmıştır(2,7). Biz vakalarımızda lupusu ve diğer trombositopeni ile giden patolojileri destekleyebilecek bulgular saptayamadığımızdan vakalarımızı idiyopatik trombositopenik purpura olarak değerlendirdik.

Üç vakamızda da ilk epidozun gebelik sırasında ortaya çıkışı, bir vakamızın gebelik sonlandırıldıktan sonra klinik düzelme göstermesi gebeliğin idiyopatik trombositopenik purpurayı agreve edebileceği fikrini destekler gibi görünmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1- Fay RA, Hughes AV, Farren NT.:Platelets in pregnancy. Hyperdestruction in Pregnancy. 1983, Obstet and Gynecol, 61:238-40.
- 2- Kenton GJ.:Management of the pregnant patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. 1983. Ann Int Med 99:796:800.
- 3- Kenton JG, Inwood MJ, Barr RM, et al.:Prenatal prediction of thrombocytopenia in infants of mothers with clinically diagnosed immune thrombocytopenia 1982, Am J. Obstet.Gynecol 144:449.
- 4- Creasy RK, Resniek R.:Maternal-Fetal Medicine:Principles and Practice. Second Edition. Chap:45, p:907-909, 1989.
- 5- Paniel JB, Truc BJ, Poitout PH.:Thrombocytopenie auto-immune et grossesse 1987. J Gynecol Obstet Biol reprod. 16, 17-26.
- 6- Difino SM, Lachant NA, Kirshner JM, et al.:Adult idiopathic thrombocytopenic purpura. Clinical findings and response to therapy. 1980. The Am J Med Vol 69, 430,38.
- 7- Minchnton RM, Dadd NJ, O'Brien H, et al.:Autoimmune thrombocytopenie in pregnancy. 1980, British Journal of Haematology. 44:451-459.