

# Gebelikle İlişkili spontan hepatik hemoraji

Hüsnü ALPTEKİN\*, Celalettin VATANSEV\*, Faruk AKSOY\*, Ali ACAR\*\*

\*S.Ü.T.F.Genel Cerrahi Anabilim Dalı, \*\*S.Ü.T.F. Jinekoloji ve Obstetrik Anabilim Dalı, KONYA

## ÖZET

Gebelikle ilişkili spontan hepatik hemoraji ( GİSHH) , gebeliğin hipertansif hastalığının komplikasyonu olarak ortaya çıkan nadir bir sendromdur. Abercrombie'nin 1884'de ilk vakayı tanımlamasından bu yana 150'den fazla vaka rapor edilmiştir. Tanı; gebelik toxemisinde sağ üst kadran ağrısı olan vakalarda hemorajiden şüphelenmekle konur. USG hemorajiyi doğrulamada basit ve kolay ulaşılır bir metottur. Kabul gören tedavi yöntemleri perihepatik packing, bazı lokal hemostatik ajanların kullanılması ve kanayan yüzeyin sütür ligasyonudur. Bu yazıda fetal distres nedeniyle acil operasyona alınan 32 yaşında, multipar, preeklamtik hasta sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** eklampsi, preeklampsi, hepatik hemoraji

## SUMMARY

### Spontaneous hepatic hemorrhage related to pregnancy

Spontaneous hepatic hemorrhage of pregnancy (SHHP) is a rare syndrome that occurs as a complication of hypertensive disorders of pregnancy. More than 150 cases of SHHP have been reported, since Abercrombie's first description of the syndrome in 1884. The diagnosis of SHHP due to the aforementioned hemorrhage in woman who develop a syndrome of epigastric and right upper quadrant pain. Recent reports have suggested that operative tamponade with gauze packing and local measures are the preferred treatment.

**Key Words:** Eclampsia, preeclampsia, hepatic hemorrhage

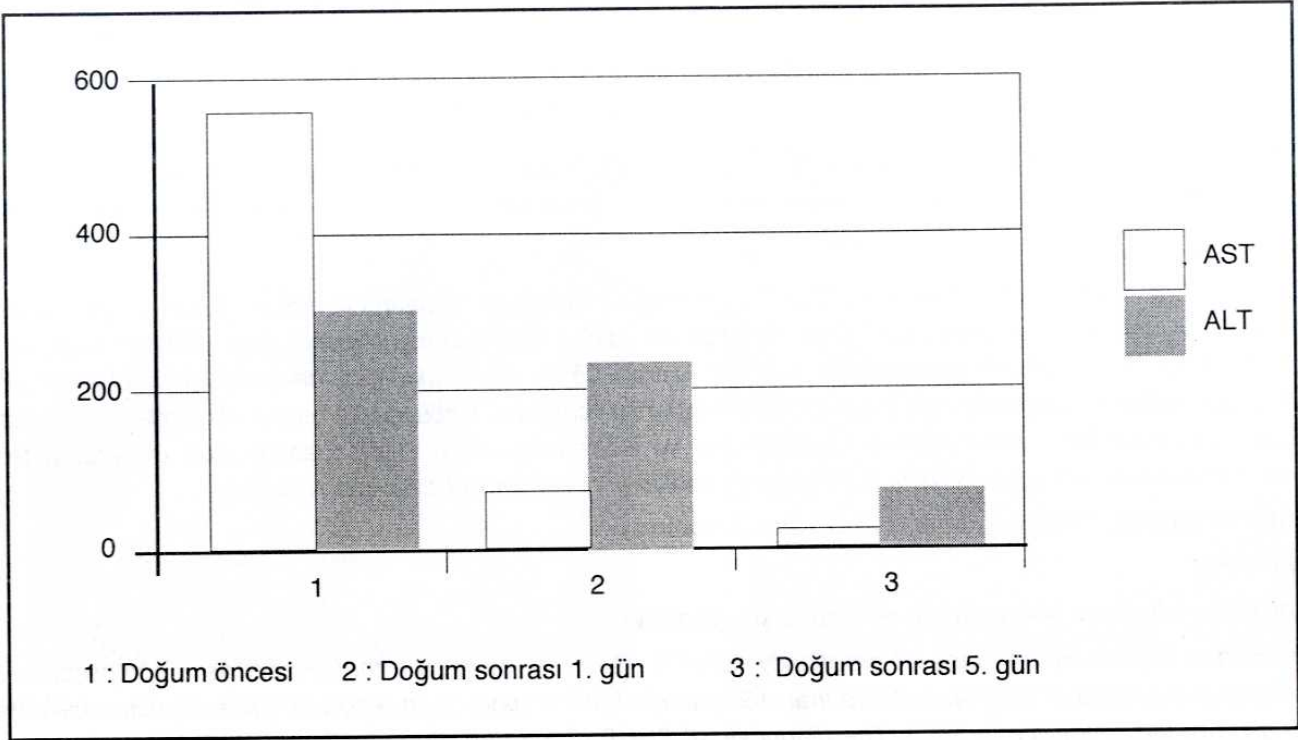
Gebelikle ilişkili spontan hepatik hemoraji, gebeliğin hipertansif hastalığının komplikasyonu olarak ortaya çıkan nadir bir sendromdur (1). Pıhtılaşma anomalileri ve yaygın damar içi pıhtılaşma fokal hepatik nekrozla birlikte spontan hepatik hemorajiye neden olur. Hepatik parankimden kaynaklanan kanama, peritoneal kaviteye rüptüre olan subkapsüler hematomla sonuçlanır. Abercrombie'nin 1884'de ilk vakayı tanımlamasından bu yana 150'den fazla vaka rapor edilmiştir (2). En çok kabul gören tedavi metodları operatif lokal önlemler veya perihepatik gaz tamponların yerleştirilmesidir. (1-2-3)

## OLGU SUNUMU

Daha önce iki kez normal doğum ve bir kez 10 haftalık abortus yapmış olan 32 yaşında kadın hastamız İ.K. (Protokol No: 275) gebeliğinin 37. haftasında doğum sancılarının başlaması üzerine kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvurdu. Hastanın antenatal takibi yoktu. Fizik muayenesinde TA: 200/110 mmHg, nabız 124/dk, ateş 36,4 °C idi. Pretibial ++ ödem mevcuttu. Lökosit sayımı 23420/mm<sup>3</sup>, he-

moglobin 14,7 gr/dl., trombosit sayımı 61.000/mm<sup>3</sup> düzeyindeydi. PT: 20".4" (11.0-13.5 sn), APTT: 29".4" (28.0-36.0 sn), Fibrinojen 352.2 mgr/dl ve FDP>1000 ng/ml olarak ölçüldü. İdrarda tetkikinde 300 mgr/dl albüminüri saptandı. Karaciğer enzimleri 10 katın üzerinde artmıştı. (Şekil-1). Preeklampsi tanısıyla klinikte takip altına alındı ve medikal tedavi başlandı. Hasta medikal tedaviye alınışının birinci gününde konvülsiyon geçirdi. Fetal monitörizasyonda (Nonstres test) geç deselerasyonlar saptandı. Operatif doğum yaptırılması uygun görüldü. Batın Pfannenstiel kesisi ile açıldı. Gözlemde batın içerisinde 1 litre kadar kan mevcuttu. Canlı kız çocuğu doğurtuldu. Kanamanın üst batından kaynaklandığı düşünülerek göbek üstü orta hat kesisi ilave edildi. Karaciğer (KC) 3. segmentte 5 cm uzunluğunda, parankimal derinliği 3 cm olan kanaması devam eden rüptüre alan görüldü. Kanama, rüptüre alanın sütürlerle yaklaştırılması ile kontrol altına alındı. Hasta postoperatif 10. günde şifa ile taburcu edildi.

Şekil 1. Hastanın karaciğer enzim seviyelerindeki değişimler.



### TARTIŞMA

Toksemi sendromu genellikle primigravidlerde gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkar. Preeklampsi; hipertansiyon, proteinüri, ödem, koagülopati, sodyum retansiyonu, hiperreflexi ile karakterizedir ve eğer kontrol edilemezse tabloya konvülsiyonun eklenmesiyle eklampsi ortaya çıkar (4). Preeklampsi / eklampsi sendromunda birçok patofizyolojik değişiklikler görülebilir (Tablo 1)

Weinstein 1982 yılında şiddetli preeklampsiyle birlikte olan hemoliz, yükselmiş KC fonksiyon testleri ve azalmış trombosit sayısının baş harflerini kullanarak HELLP sendromunu tanımladı (5-6). GİSHH, HELLP sendromunun extrem bir ortaya çıkışı olarak

kabul edilmiştir (1). Weinstein'in serisinde, karaciğer biyopsilerinin histopatolojik incelemesinde sinüzoid ve hepatik arteriollerde fibrin plakları ve bunların sonucunda oluşan periportal nekroz alanları tanımlanmıştır (6-7). Hepatik arteriyel dolaşımdaki vazospazm; endotel hasarı, trombosit agregasyonu ve fibrin depozitleri oluşmasına neden olur. Multipl fokal infarkt ve hemoraji sahalarının birleşmesiyle belirgin parankimal hemorajiler ve hematolar oluşur. KC'deki subkapsüler bir hematomun rüptüre olmasıyla intraperitoneal hemoraji gelişir. Patolojik değişiklikler oldukça geniştir. Bazı vakalarda intraperitoneal hemoraji gelişmez ve hepatik lezyon sekel bırakmadan iyileşir (6).

Preeklampsi / eklampsi hastalarında epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı ile birlikte intraperitoneal kanama gösterilirse GİSHH akla gelmelidir. Hemoraji doğumdan önce, spontan doğumdan sonra veya operatif doğumdan sonra oluşabilir. Doğumdan sonra karın içi basıncının aniden düşmesi veya uterusun kontraksiyonlarının oluşturduğu stres, hematomun rüptüre olmasına yol açıyor olabilir. Ayrıca ani hipertansif ataklar da subkapsüler hematoların rüptüründen sorumlu tutulmaktadır (2).

Ultrasonografi (USG) spontan hepatik hemorajiyi doğrulamada kolay ulaşılabilir, basit ve noninvaziv

Tablo 1. Preeklampsi / eklampsi sendromunda görülen fizyopatolojik değişiklikler

* Hipertansiyon (genellikle labil)
* Bozulmuş renal fonksiyon
Glomerüler filtrasyonda azalma
Sodyum ekskresyonunda azalma
* Plasental hipoperfüzyon
* Uterustan pressör ajanların salınımı

bir görüntüleme yöntemidir (6-8). USG de intraperitoneal serbest sıvı saptanması ve parasentezde defibrine kan alınması tanıyı büyük ölçüde doğrular.

Toxemi sendromunda görülen spontan hepatik hemorajinin spesifik bir tedavi yöntemi yoktur. Olaya neden olan preeklampsi / eklampsi, MgSO<sub>4</sub> ve antihipertansif ajanlarla tedavi edilebilir. Klinik ve laboratuvar bulguları KC lezyonu geliştiğini düşündürürse hipertansiyon, ortaya çıkabilecek bir hemorojiyi engellemek için hızla kontrol altına alınmalıdır.

Intraperitoneal hemoraji hipovolemiyle birlikte dir. Kan transfüzyonu ve volüm replasmanı yapılmalıdır. Koagülopatiyeye bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemede trombosit ve taze donmuş plazma infüzyonu yardımcıdır. Sistemik antikoagülanlar kullanılmamalıdır. Tanı antepartum periyotta konulmuşsa operatif doğum tercih edilmelidir.

Hepatik hemorajinin kontrol edilmesinde halen kabul gören tedavi yöntemleri; kanayan yüzeyin sütün ile ligasyonu, intraabdominal perihepatik packing, selektif hepatik arter oklüzyonudur. İntraabdominal perihepatik packing; koagülopati, hipotermi ve asidozda olan hipovolemik bir hastada hayat kurtaran bir yöntem olarak bildirilmiştir (9-10). Hepatik arterin oklüzyonu cerrahi ligasyon veya perkütan radyolojik anjiyografik embolizasyonla yapılabilir. Tanı antepartum periyotta konulmuşsa operatif doğumla birlikte hepatik arterin cerrahi ligasyonu yapılabilir. Eğer tanı postpartum periyotta konulmuşsa ve hasta klinik olarak stabilse aynı se- ansta tanısal hepatik anjiyografi ve anjiyografik embolizasyon cerrahiye alternatif olarak düşünülebilecek bir tedavi yöntemidir (2).

Sonuç olarak gebelik toksemisinin yaşamı tehdit eden bu komplikasyonunun erken farkına varılması ve erken cerrahi girişim bu hastaların sağkalım oranlarında önemli düzelmeler sağlayabilir.

## KAYNAKLAR

1. Loevinger EH, Vujic I, Lee WM, Anderson ME. Hepatic rupture associated with pregnancy: treatment with transcatheter embolotherapy, *Obstet Gynecol* 1985; 65: 281-4.
2. Steven S.C, Douglass W.A, Amy S.L. Spontaneous hepatic hemorrhage associated with pregnancy: Treatment by hepatic arterial interruption, *Ann Surg* 1996; 224: 1, 72-8
3. Smith LG, Moise KJ, Dildy GA, Carpenter RJ. Spontaneous rupture of liver during pregnancy current therapy. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 171-5
4. Kamal F, Barry M. Vascular injury to the kidney. In: Wilson J, Braunwald E, Isselbacher K, Petersdorf RG, Martin JB, Fauci AS, Root RK. editors. *Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-HILL, 1991; 1192-6.
5. Weinsetin L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 159-67.
6. Goodlin RC, Anderson JC, Hodgson PE. Conservative treatment of liver hematoma in the postpartum period. *J Reproductive Med* 1985; 30: 368-70.
7. Nelson EW, Archibald L, Albo D. Spontaneous hepatic rupture in pregnancy. *Am J Surg* 1977; 134: 817-20.
8. Bryan PJ, Dinn WM, Grossman ZD. Correlation of computed tomography. Gray scale ultrasonography and radionucleotide imaging of the liver in detecting space-occupying processes. *Radiol* 1977; 124: 387-93.
9. Feliciano DV, Mattox KL, Jordan GL. Intra-abdominal packing for control of the hepatic hemorrhage: a reappraisal. *J Trauma* 1981; 21: 285-90.
10. Gonzalez DG, Rubel HR, Giep NN, Bottsford JE. Spontaneous hepatic rupture in pregnancy: management with hepatic artery ligation. *South Med J* 1984; 77: 242-5.