

İDİOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA VE GEBELİK İLİŞKİSİ

Dr. Tekin DURUKAN*

Dr. Yücel GÜNGEN**

Dr. Ünser ARIKAN***

ÖZET

İTP ve gebelik birlikte bulunan vaka takdim edildi ve İTP'si olan gebelerde olabilecek komplikasyonlar ile doğum için izlenecek yol belirlenmeye çalışıldı. Doğumda trombosit sayısı 100.000'den az olan anelerde özellikle bebeği beyin içi kanamalardan korumak için sezaryen önerilmektedir. Yeni doğan bebekte izlenecek yol henüz kesinlik kazanmamıştır. Gerek anne gerekse bebek için doğumda trombosit süspansiyonu hazır bulundurulmalıdır. İTP'li gebede ve doğan bebekte kortikosteroid tedavisinin faydası şüphelidir.

SUMMARY

A patient with idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) and concurrent pregnancy is presented and pregnancy-associated complications as well as procedures to be followed for the labor are discussed. Cesarean section is recommended in mothers with thrombocyte counts below 100.000/mm³ in order to prevent intraserebral hemorrhage in the baby. Management of the newborn has not been clearly established. Platelet suspensions should be available for both the newborn and the mother. The effects of corticosteroid therapy for the pregnant woman and the newborn are controversial.

İdiopatik Trombositopenik Purpura (İTP) 1735'de ilk defa Werlhoff tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın kronik şekli 20 ile 50 yaşlar arasında daha sık görülmüş ve kadınlarda erkeklerden 3 defa daha fazladır.⁸ Hastalığın kadınlarda daha sık görülmesi ve ortalama yaşın üreme çağına rastlaması gebelik ve İTP beraberliği olasılığını mümkün kılar. Gebelikle beraber İTP hak-

* H. Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bl. Doçenti.

** H. Ü. Tıp Fak. Patoloji Bilim Dalı Doçenti.

*** H. Ü. Tıp Fak. Patoloji Bilim Dalı Öğ. Görevlisi.

kında son yıllarda daha çok yayınlara rastlanılmaktadır. Bu yazımızda intrauterin eksitus ile sonuçlanmış İTP'li gebelik vakası sunulmuş ve İTP'li gebede izlenilecek yol tartışılmıştır.

VAKA TAKDİMİ (L. G. 734144)

28 yaşındaki kadın hastanın şikâyetleri 2 yıl önce burun kanaması ile başlamış, hematoloji bölümünde incelenen hastaya İTP tanısı konularak bir yıl süre ile kortikosteroid tedavisi uygulanmış. Hasta daha önce 3 doğum yapmış, 2 çocuğu sağ ve sıhhatli, ayrıca bir spontan düşüğü mevcut. Son adet tarihi 1.7.1976 olan hasta gebeliğinin 4. ayında ekimoz ve peteşiler nedeni ile hematoloji bölümüne yatırılıp 1 ay süre ile tekrar kortikosteroid tedavisine alınmış. 7.3.1977'de intrauterin fetal eksitus nedeni ile kliniğimize yatırılan hasta 9.3.1977 tarihinde 2310 gm. ağırlığında ölü fötüs doğurdu. Doğumda kanama ve laserasyon olmadı. Doğumdan önce Hb: 8,50 gm/%, trombosit: 70.000/mm³, doğumdan sonra Hb: 7,70 gm/%, trombosit: 67.000/mm³ bulundu.

Makroskopik ve mikroskopik incelemede, (B. 1857 - 77) plasentanın konjesyone olduğu ve matür yapıda bulunduğu görülmüş herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır.

Ölü doğan bebeğin otopsisinde, (OT. 21 - 77) organlarda yer yer aşırı konjesyon ve maserasyon dışında dikkati çekecek özellik saptanmamıştır. Hastaya daha sonra 23.3.1977'de splenektomi uygulandı ve splenektomiden sonra trombosit sayısının 128.000/mm³'e yükseldiği görüldü. Makroskopik incelemede, dalığın 340 gm. ağırlıkta, yumuşak ve koyu şarabi renkte olduğu mikroskopik olarak (B. 2152 - 77) sinüslerde konjesyon, arteriollerde kalınlaşma, sinüs duvarlarında fagositik aktivite ile karakterli, İTP'yi destekleyen fakat bu hastalığa özel olmayan bulgular saptandı.

Hasta 1.4.1977 tarihinde sağlıklı olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Territo⁷ daha önce yayınlanmış vakaları da inceleyerek İTP'li gebeleri iki gruba ayırmıştır.

1) Doğumda trombosit sayısı 100.000'den az olan annelerde kanda anti - trombosit antikorları yüksek düzeydedir ve doğan

bebekler %79 oranında trombositopeni gösterirler. Anneye spek-
lenektomi yapılmış olması bebeğin durumunu değiştirmez. Bu
grupta vakum ekstraksiyonu kontrendikedir. Sezaryen için ve
bebek için taze trombosit süspansiyonu hazır olmalıdır.

2) Doğumda trombosit sayısı 100.000'den fazla olan an-
nelerden doğan bebekler daha az trombositopeni riski gösterirler.
Bu annelerin bir kısmı geçici hastalık tablosu (Kompanse trom-
bolitik tablo) verirler. Böyle hastalarda antikor salınımı steroid
ilâçlarla baskı altına alınabilir ve splenektomi sonucu trombosit
sayısı artar. Dalak dışı kaynaklardan salınan antikorlar bebeğe
geçebilir.

Bilindiği gibi İTP etiolojisinde hastanın kendi trombosit-
lerine karşı oluşan anti - trombosit antikorları'nın varlığı gösteril-
miştir.^{2,9} İTP'li hastalarda gebeliğin seyri ve komplikasyonlar :
Bu tip hastalarda %33 oranında spontan düşük bildirilmiştir.⁶
İntrauterin fetal eksitus olasılığı hakkında belirtilmiş bir sayı bu-
lamadık. Ancak 1. gruptaki gebelerde erken plasenta ayrılması-
na bağlı intrauterin eksitus görülmektedir.¹ İTP'li gebeler doğu-
mun ikinci devresinde ve doğumda olan laserasyonlardan fazla-
ca kanayabilirler. Fakat uterustan ve epizyotomiden fazla kana-
ma komplikasyonu pek görülmez.^{1,5} Perinatal bebek mortalitesi
%6 - %7 arasında değişir.^{1,3} Bebek ölümleri en fazla prematüre-
lik ve beyin içi kanamadan, daha az sıklıkla da maternal kana-
malardan olur. Yeni doğan bebek plasentadan geçen antikorlar
nedeni ile trombositopeni gösterir, fakat fötüs antikor yapmaz.

Levini⁴ ve Territo'nun önerilerine göre, 1. grup İTP'li gebe-
lerin doğumunda primer olarak sezaryen uygulanmalıdır. Sezari-
yen sırasında duruma göre splenektomi düşünülebilir ve tubal
ligasyon uygulanabilir. Sezaryen; bebeği serebral kanamadan,
anneyi ise laserasyonlardan ve kanamalardan koruyacaktır. An-
cak sezaryen sırasında hemostaza dikkat edilmelidir.

Yeni doğan bebekte ise trombosit sayısı hemen belirlenmeli
ve eğer düşükse tedbirleri alınmalıdır. Hastalıklı bebeklerin teda-
visi henüz tam olarak açıklık kazanmamıştır. Bu konuda kontrol-
lü büyük seriler yoktur. Trombositopenili bebeğe taze trombosit
süspansiyonu verilebilir veya steroidler kullanılabilir. Ancak im-
mün sistemi baskı altına alabilmek için değil, serebral ödemi
azaltmak için steroidler düşünülebilir.

Bizim hastamız, annenin doğumdaki trombosit sayısına göre 1. gruba girmektedir. Plasentanın ve ölü bebeğin incelenmesinde kayda değer bir bulgunun saptanmamış olması ve splenektomiden sonra trombosit sayısının yükselmiş olması da bunu göstermektedir. Gebeliğin 9. ayında muhtemelen erken plasenta ayrılmasına bağlı olmak üzere intrauterin ölüm olmuştur.

KAYNAKLAR

- 1 — Goodhue, P. A., Evans, T.: Idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy. *Obstet. Gynec. Surgery*, 18 : 671-693, 1963.
- 2 — Harrington, W. J., Spronge, C., et al.: Immunologic mechanism in ITP and neonatal thrombocytopenic purpura. *Ann. Int. Med.*, 38 : 433-468, 1953.
- 3 — Heys, R. F.: Childbearing and ITP. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Common W.* 73 : 205-214, 1966.
- 4 — Levine, P. R., Richard, R., Adame, R., Silver, A., Recha, F. L.: Idiopathic Trombocytopenic Purpura, Diabetes Mellitus and Pregnancy., *Obstet. and Gynec.*, 48 : 3-32, 1976.
- 5 — Peterson, G. H., Larsen, P.: Thrombocytopenic Purpura in pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 4 : 454-463, 1954.
- 6 — Schenker, J. G., Polishuk, W. Z.: Idiopathic Thrombocytopenic Purpura in pregnancy. *Gynaecologia (Basel)*. 165 : 271-283, 1968.
- 7 — Territo, M., Finklestein, J., et al.: Management at ITP in pregnancy and in the neonate. *Obstet. and Gynec.*, 41 : 579-584, 1973.
- 8 — William, J. W., Bautler, E., Allen, J. E., Rundles, R. W.: *Heamatology* 1148, Mc Graw-Hill Book Company, 1972.
- 9 — Wintrobe, M. M.: *Clinical Haematology*. Sixth edition, 910, Lea Febiger, Philadelphia, 1967.