

## İDİOPATİK TROMBOSİTOPENİDE DOĞUM ŞEKLİ: 3 OLGU SUNUMU \*

Ebru ÖZTÜRK, Alev ATIŞ, Pelin ÖÇAL, İsmail ÇEPNİ, Rıza MADAZLI

**Background.-** The risk of the fetal or neonatal thrombocytopenia is very low in pregnant patients with ITP. It is accepted that no correlation exists between fetal or neonatal platelet counts and mother's thrombocytopenia. Actually spontoneus vaginal delivery without antepartum or intrapartum fetal platelet determination was the most reasonable method of delivery for pregnant with ITP. If there is any obstetrical indication cesarean delivery is preferred.

**Observation.-** We want to discuss 3 cases of ITP in pregnancy and the mode of deliveries with review of the literature .

Öztürk E, Atış A, Öçal P, Çepni İ, Madazlı R. The type of delivery in idiopathic thrombocytopenia: Report of 3 cases. Cerrahpaşa J Med 2003; 34: 90-92.

**İ**diopatik trombositopeni (ITP) reproduktif çağıdaki kadınlarda görülebilen, otoimmün etiyoloji düşünülen kronik bir hastalıktır. İnsidansı 10000 gebelikte 1-2'dir.<sup>1</sup> ITP tanısı; trombositopeni, kemik iliğinde normal ya da artmış megakaryosit sayısının gösterilmesi ve trombositopeniye sebep olan diğer sistemik hastalıkların ekarte edilmesi ile konulur.<sup>1,2</sup>

Trombositlere karşı IgG tipinde antikorlar mevcuttur, bu antikorlar plasentayı geçerek fetusta trombositopeniye neden olabilir.<sup>2</sup>

ITP seyri gebelikten çok etkilenmemesine karşın, gebelikte ITP özellikle peripartum dönemde neden olabileceği kanama riskinden dolayı önemlidir.

Gebelikte ITP tedavisinde hem anne hem fetus düşünülmelidir.<sup>3</sup> Tedavide amaç kanama riskini en aza indirmektir. Trombosit düzeyi 50000/uL'den yüksek olan asemptomatik hastalar tedavi gerektirmez. Glukokortikoid kullanımı tedavide ilk seçenektir (1-2mg/kg/gün). Trombosit düzeyi normale ulaşınca doz yavaş yavaş azaltılır. Glukokortikoide refrakter durumlarda ve acil durumda İV immunglobulin (IG) uygulanır (400mg/kg/gün). Trombosit transfüzyonu ise geçici bir yükselmeye neden olur çünkü donör trombositleri de antitrombosit antikorlardan etkilenmektedir. Bu yüzden hayatı tehdit eden kanama durumunda ya da cerrahi müdahaleye hazırlarken kullanılır. Splenektomi tedavide son seçenektir. İv IG ve

steroide yanıt vermeyen ve kanayan hastalarda seçilen en uygun yöntemdir. Gebelikte fetusu etkileyebileceğinden Cyclofosamid, Azathioprin, Vinka alkaloidleri ve Danazol gibi diğer tedavi seçenekleri uygulanmaz.<sup>3</sup>

ITP olgularında en önemli problem kanama riski nedeni ile, gebeliğin seyrinden çok doğum şeklinin kararlaştırılmasında ortaya çıkar.

ITP'li gebelerde doğum şekli bir çok çalışmaya rağmen hala tartışmalıdır.<sup>4-5</sup>

Bu yazıda 3 ITP'li gebelik olgusunda doğum şeklini literatürü gözden geçirerek tartışarak konuyu aydınlatmaya çalıştık.

### OLGU SUNUMU

**1. Olgu:** Bn. SE, 30y, 9 yıllık evli, gravida (G) 2, partus (A) 1, ITP tanısı gebeliğinin başında konan 35 hafta 4 günlük ITP'li gebe, trombosit sayısının 20000/uL'e düşmesi üzerine doğum servisine yatırıldı. 1mg/kg/gün Prednisolone (Deltakortil, Pfizer) tedavisi ile 37. haftaya ulaşıldı. Trombosit sayımının 84000/uL (manüel sayım:100000/uL) olması üzerine hastanın indüksiyon ile vajinal olarak doğurtulmasına karar verildi. 3140gr, 1. dk. Apgarı 9 olan sağlıklı bir kız bebek doğurtuldu. Postpartum şiddetli baş ağrısı gelişmesi üzerine çekilen kranial BT'de herhangi bir kanama odağı saptanmadı. Hasta Prednisolone tedavisi altında, Hematoloji Polikliniğine sevk edilerek şifa ile taburcu edildi.

**2. Olgu:** Bn. ED, 28y, 8 yıllık evli, G3P1A (abortus) 1.30 hafta 3 gün suları gelen ITP'li gebe

\* **Anahtar Kelimeler:** ITP, gebelik, doğum; **Key words:** ITP, pregnancy, delivery; **Alındığı Tarih:** 4 Ekim 2001; Uzm. Öğr. Dr. Ebru Öztürk, Uzm. Öğr. Dr. Alev Atış, Uzm. Dr. Pelin Öçal, Doç.Dr. İsmail Çepni, Prof.Dr. Rıza Madazlı: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul; **Yazışma Adresi (Address):** Uzm. Dr. Pelin Öçal, Vefa Bayırı Sok. No: 6/28. Gayrettepe, İstanbul.

olarak doğum servisine başvuran hastanın geliş trombosit 4000/uL idi. 1gr./kg./gün İv IgG infüzyonuna başlandı. Trombosit düzeyi yükselene kadar tokoliz takıldı, fetal akciğer matürasyonu için beta-metazon (Celestone, Schering-Plough) hematoma riskinden dolayı yapılmadı. Toplam 2 İÜ. trombosit süspansiyonu, 12İÜ. İv IgG verildi. Trombosit düzeyi 55000/uL'ye ulaşınca tokoliz durdurularak hasta spontan vajinal olarak doğurtuldu.

1180gr., 1. dk. Apgarı 8 olan sağlıklı bir erkek bebek doğurtuldu. Postpartum dönemde herhangi bir problem olmadı.

**3. Olgu:** Bn. NE, 29y, 7 yıllık evli, G2P 1.35 hafta suları gelen İTP'li gebe olarak doğum servisine başvuran hastanın geliş trombosit 6000/uL idi. Günde 16 mg metilprednisolon (Prednol-Mustafa Nevzat) kullanan hastanın metilprednisolon dozu 1 mg/kg/gün (64 mg)'e yükseltildi ve 2 İÜ. trombosit süspansiyonu verildi. Trombosit düzeyinin 42000/uL'ye yükselmesi üzerine 1 İÜ. daha trombosit süspansiyonu verildi. Hasta "makat geliş" endikasyonu ile sezaryen ile doğurtuldu. Sezaryen sırasında 2 İÜ trombosit süspansiyonu verildi, 250mg. Prednisolone IV yapıldı. 2400 gr, 1. dk. Apgarı 9 olan sağlıklı bir kız bebek doğurtuldu. Postpartum herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

İTP olgularında, şüphesiz en önemli semptom kanamaya eğilimin artmasıdır. Bu yüzden gebeliğin izlenmesinden çok, doğumun getireceği problemler daha büyük önem taşır.<sup>5</sup> İTP'li olgularda anne ölüm oranı literatüre göre %5.5, perinatal mortalite ise %6-7 arasındadır. Gerek annede gerekse yenidoğanda bu yüksek mortalitenin azaltılması, uygun doğum şeklinin belirlenmesi ile mümkündür.<sup>5</sup>

Gebelik ve İTP'de doğum şekli yıllar boyunca tartışma konusu olmuştur. Gebelik sırasında İTP tedavisinde hem annenin hem de fetusun düşünülmesi gerekmektedir. İTP'li gebeler, gebelikleri boyunca ve doğum sırasında kanama riski taşırlar. Tedavi şekli gebe olmayanlar ile benzerdir.<sup>3</sup>

Gebelik sırasında tedavi gerektiren olgulara Prednisone ve i.v. IgG uygulanır.<sup>3-4</sup>

İTP gebelerinin %10-15'i fetusa geçen antikorlardan dolayı ciddi fetal yada neonatal

trombositopeni (50000/uL'den düşük) ile komplike olurlar.<sup>6</sup> Ancak anne trombosit düzeyi ile fetal trombosit düzeyi arasında bir ilişki olmadığı bir çok çalışmada gösterilmiştir.<sup>7-8</sup> Ayrıca anne trombositlerine karşı oluşan anti-kor düzeyi ile fetal trombosit düzeyi arasında da bir ilişki bulunmadığı gösterilmiştir.<sup>11</sup> Ciddi şekilde etkilenmiş fetuslarda bile intrapartum fetal kanama riski %0.5'ten düşük iken, günümüzde fetal trombosit düzeyini belirlemek için kullanılan kordosentez yöntemi %1-2 fetal kayıp riski taşımaktadır. Kordosentezin neonatal trombositopeniyi belirlemede güvenilir olmaması, negatif prediktif değerinin yüksek olması, fetal kayıp ve acil sezaryen gerektirecek bradikardiye neden olabilmesi nedeniyle fetal trombosit düzeyini belirlemedeki yeri henüz onaylanmamıştır.<sup>7</sup> Bizim kliniğimizde de fetal trombosit düzeyini belirlemek için kordosentez yöntemi uygulanmamaktadır.

Uzun yıllar, fetus trombosit düzeyi <50000/uL olursa sezaryenin normal vajinal doğuma göre daha az travma riski taşıdığı düşünülmüş ve fetal trombosit düzeyi <50000/uL olduğunda sezaryen önerilmiştir. Fakat bir çok çalışma göstermiştir ki trombositopenik yeni doğanda kanama komplikasyonları doğum şeklinden bağımsızdır.<sup>3</sup> İntrakranyal kanama riski oldukça nadirdir. Ayrıca intrakranyal kanama görülen yeni doğanda da bu kanama direkt olarak intrapartum olaylarla ilişkilendirilememiştir.<sup>3</sup> Biz olgularımızda böyle bir komplikasyon görmedik.

Günümüzde İTP hastalığı olan gebelerde doğum şekli olarak fetal yada neonatal trombositopeni riski çok düşük olduğu için intrapartum yada antepartum fetal trombosit düzeyini belirlemeksizin normal vajinal doğum en doğru yöntem olarak kabul edilmektedir.<sup>11</sup> Ancak obstetrik bir endikasyon durumunda sezaryen tercih edilebilir.<sup>9-10</sup> Biz de bir olgumuzu obstetrik neden ile sezaryen ile doğurttuk. Sezaryen gerektirecek bir obstetrik endikasyon söz konusu ise preoperatif maternal trombosit düzeyi 50000/uL üzerinde tutulmaya çalışılmalıdır.<sup>11</sup>

Sonuç olarak İTP'li gebelerde trombosit sayıları medikal tedavi ile uygun değerlerde tu-

tulmalı, obstetrik bir endikasyon olmadıkça vajinal yol ile doğum tercih edilmelidir.

### ÖZET

İdiopatik Trombositopeni (ITP) belirlenen gebelerde, fetal yada neonatal trombositopeni riski çok düşüktür. Anne trombosit düzeyinin fetal trombosit düzeyini yansıtmadığı bilinmektedir. Günümüzde ITP’de doğum şekli olarak fetal trombosit düzeyi belirlenmeksizin, normal vajinal doğum önerilmektedir. Ancak obstetrik bir endikasyon varsa sezaryen tercih edilebilir.

Biz 3 ITP’li gebe olgumuzu ve doğum şekillerini sunarak bu konuyu literatür ışığında tartışmak istedik.

### KAYNAKLAR

1. Letsky EA, Werwick R. Hematological problems. High Risk Pregnancy Management Options. Eds. James PK, Steer PJ, Weimer CP, Gonik B. London, Saunders, 1996; 359-372.
2. Sipos SL, Weimer C. Coagulation disorders in pregnancy. Medicine of the Fetus and Mother. Eds. Reece EA, Hobbins JC, Mohoney MJ, Petrie RH. Philadelphia, Lippincott Company, 1992; 1111-1138.
3. Kilpatrick SJ, Laros RK. Maternal hematologic disorders. Eds. Creasy RK, Resnik R. Maternal-Fetal Medicine. 4. Baskı. Philadelphia, WB Saunders Company, 1999; 953-954.
4. Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins G, Clarck SL. Medical and surgical complications in pregnancy. Haematological Disorders in Williams Obstetrics. 20. Baskı. Stamford-Connecticut, 1997; 1190-1192.
5. Işıloğlu H, Şen C, Tolun N, Demirkıran F. İmmün trombositopenik purpura ve gebelik. Yeni Symposium 1989; 1-2
6. Casellas CM, Sagala MJ. Incidence of neonatal thrombocytopenia in pregnant patients with ITP. J Perinat Med 2001; 29: S261.
7. Berry SM, Leonardi MR, Wolfe HM. Maternal thrombocytopenia. Predicting Neonatal Thrombocytopenia with Cordocentesis. J Reprod Med 1997; 42: 276-280.
8. Wenachiwanawin W, Chansung K, Visudhipina S. Outcomes of pregnancy in adult idiopathic thrombocytopenic purpura. J Med Assoc Thai 1992; 75: 584-590.
9. Kessler I, Lancet M, Borenstein R. The obstetrical management of patients with ITP. Int J of Gyn Obst 1982; 20: 23-28.
10. Song TB, Lee JY, Kim YH. Low neonatal risk of thrombocytopenia in pregnancy associated with ITP. Fetal Diagn Ther 1999; 414: 216-219.
11. Kolp R, Blakemore K. Hematological diseases of pregnancy. Eds. Lambrou NC, Morse AN, Wallach E. The Johns Hopkins Manuel of Gynecology and Obstetrics. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins Company, 1999; 138-139.