

# HELLP Sendromu İle Karışan ve Termine Edilen Karaciğer Sirozu Olgusu

## 4

**Yaren DİRİK<sup>1</sup>**

### GİRİŞ

Karaciğer sirozu olan hastalarda gebelik genellikle nadirdir, ancak maternal/fetal mortalite ve morbiditesi yüksek bir durum olarak karşımıza çıkar (1). Kesin insidansı bilinmemektedir, ancak genellikle 2 nedenden dolayı düşüktür. Birincisi, ileri derece karaciğer hastalıklarının çoğu tipik olarak hastalar reproduktif dönemlerini tamamladıktan sonra ortaya çıkmaktadır, karaciğer sirozunun üreme çağındaki prevalansı 100.000 kadında yaklaşık 45'tir (2, 3). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre, sirozlu hastaların % 27'si kadındır ve bunların % 24.3' ü 44 yaşından küçüktür (4). İkincisi, sirozu olan üreme çağındaki kadınlarda genellikle anovülasyon ve amenore ile giden hipotalamo-hipofizer hastalığa sekonder doğurganlıkları azalmıştır (2, 5).

Karaciğer sirozlu gebe hastalarda maternal ve fetal morbidite ve mortalite genel gebe popülasyonundan daha yüksektir. Kronik karaciğer hasta-

lığı ve portal hipertansiyon gebelik için kontrendikasyon değildir, ancak gebelik boyunca olası komplikasyonlar açısından dikkatli ve yoğun bir izlem gerektirir. Karaciğer sirozlu gebelerin gerçekleştirdikleri doğum sayısında ortalama yıllık %8'e varan bir artış son yıllarda rapor edilmektedir (6). Bu hasta popülasyonundaki artan gebelik ile ilgili vaka raporu ve vaka serisi sayıları, kronik karaciğer hastalıklarının tedavisindeki iyileşmelerin daha yüksek gebelik oranları ve daha başarılı gebelik sonuçları ile sonuçlandığını göstermektedir (2).

Maternal mortalitenin önceden % 10,5 kadar yüksek olduğu bildirilmesine rağmen, muhtemelen varis kanaması ve karaciğer yetmezliğinin daha iyi yönetimi ile birlikte bu oran iyileşmiştir. Geniş serili vaka kontrol çalışmasında mortalite oranı son yıllarda %2 olarak bildirilmektedir (1, 6, 7).

Gelişmemiş ülkelerde karaciğer sirozu olan gebelerde en sık postnekrotik siroza rastlanırken gelişmiş ülkelerdeki gebelerde alkolik siroz ilk sırayı almaktadır (2). 1993-2005 yılları arasında obstetrik nedenlerle hastaneye yatan sirozlu gebe olgular incelendiği bir çalışmada siroz nedenleri en sık %31 ile alkolik siroz, ikinci sırada %18,3 ile primer biliyer siroz, daha sonra %15,6 ile hepatit C, %3,8

<sup>1</sup> Uzman Doktor, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, yaren.dirik@gmail.com

koagülasyon bozuklukları düşünülebilir (6, 18). Sunduğumuz olguda geliş tansiyonunun yüksek olması, idrarda 3+ proteinüri varlığı, AST - ALT değerlerinin yüksek olması, trombositopeni ve baş ağrısı varlığı ilk planda preeklampsiye süperempoze bir HELLP sendromunu düşündürmüştür. Ancak bilindiği üzere HELLP sendromunun kütatif ve efektif tek tedavisi doğumdur. Hastanın doğum sonrası labaratuvar değerlerinde düzelme olmaması kronik bir karaciğer hastalığı olabileceğini düşündürmüştür. Hastanın gebelik takiplerini yaptırmamış olması da hastalığının tanısında gecikmeye sebep olmuştur.

Karaciğer sirozu tanısı için sunduğumuz olguda karaciğer biyopsisi trombositopeni nedeniyle yapılamamıştır. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerindeki bulgular yeterli kabul edilmiştir. Her ne kadar siroz tanısında karaciğer biyopsisi altın standart olsa da, günümüzde mevcut bulgular siroz tanısını desteklediğinde biyopsi yapılmayabileceği bildirilmektedir (19). Bu olgularda ayırıcı tanıda alkolik siroz, Hepatit C enfeksiyonu, Wilson Hastalığı, parenteral nutrisyon, abetalipoproteinemi, Reye Sendromu ve akut gelişen olgularda gebeliğin akut yağlı karaciğeri ve HELLP akılda tutulmalıdır (20, 21).

Sonuç olarak, kronik karaciğer hastalıklarının tedavisindeki gelişmeler sayesinde günümüzde sirozlu gebe ile karşılaşma ihtimali artmaktadır. Sirozlu kadınların takibi ve yönetimi ile ilgili literatür bilgilerimiz sınırlıdır ancak bu hastalarda metabolik, obstetrik ve perinatal morbidite ve mortalite riskinin anlamlı olarak arttığı bilinmelidir. Komplikasyonları önlemek için sirozlu gebelerin takibinin gastroenteroloji, perinatoloji ve pediatri uzmanlarının katıldığı multidisipliner bir ekiple yapılması yaşamsal önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Tolunay HE, Aydın M, Cim N, Boza B, Dulger AC, Yıldızhan R. Maternal and Fetal Outcomes of Pregnant Women with Hepatic Cirrhosis. *Gastroenterol Res Pract.* 2020;2020:5819819.
2. Russell MA, Craigo SD. Cirrhosis and portal hypertension in pregnancy. *Semin Perinatol.* 1998;22(2):156-65.
3. Tan J, Surti B, Saab S. Pregnancy and cirrhosis. *Liver Transpl.* 2008;14(8):1081-91.
4. Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, Shoham D, Durazo R, Luke A, et al. The Epidemiology of Cirrhosis in the United States: A Population-based Study. *J Clin Gastroenterol.* 2015;49(8):690-6.
5. Bell H, Raknerud N, Falch JA, Haug E. Inappropriately low levels of gonadotrophins in amenorrhoeic women with alcoholic and non-alcoholic cirrhosis. *Eur J Endocrinol.* 1995;132(4):444-9.
6. Shaheen AA, Myers RP. The outcomes of pregnancy in patients with cirrhosis: a population-based study. *Liver Int.* 2010;30(2):275-83.
7. Steven MM. Pregnancy and liver disease. *Gut.* 1981;22(7):592-614.
8. Hypertension G. Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 202. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):e1-e25.
9. Gynecologists ACoOa. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):1122-31.
10. Rasheed SM, Abdel Monem AM, Abd Ellah AH, Abdel Fattah MS. Prognosis and determinants of pregnancy outcome among patients with post-hepatitis liver cirrhosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;121(3):247-51.
11. Westbrook RH, Yeoman AD, O'Grady JG, Harrison PM, Devlin J, Heneghan MA. Model for end-stage liver disease score predicts outcome in cirrhotic patients during pregnancy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9(8):694-9.
12. Benjaminov FS, Heathcote J. Liver disease in pregnancy. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(12):2479-88.
13. Schreyer P, Caspi E, El-Hindi JM, Eshchar J. Cirrhosis--pregnancy and delivery: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1982;37(5):304-12.
14. Pajor A, Lehoczy D. Pregnancy in liver cirrhosis. Assessment of maternal and fetal risks in eleven patients and review of the management. *Gynecol Obstet Invest.* 1994;38(1):45-50.
15. Murthy SK, Heathcote EJ, Nguyen GC. Impact of cirrhosis and liver transplant on maternal health during labor and delivery. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(12):1367-72, 72.e1.
16. Britton RC. Pregnancy and esophageal varices. *Am J Surg.* 1982;143(4):421-5.
17. Palatnik A, Rinella ME. Medical and Obstetric Complications Among Pregnant Women With Liver Cirrhosis. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):1118-23.
18. Henry OA, Gregory KD, Hobel CJ, Platt LD. Using ICD-9 codes to identify indications for primary and repeat cesarean sections: agreement with clinical records. *Am J Public Health.* 1995;85(8 Pt 1):1143-6.
19. Boursier J, Vergniol J, Sawadogo A, Dakka T, Michalak S, Gallois Y, et al. The combination of a blood test and Fibroscan improves the non-invasive diagnosis of liver fibrosis. *Liver Int.* 2009;29(10):1507-15.
20. Göymen A, Bilgiç Y, Şimşek Y. Gebelik sırasında tanısı koyulan primer hepatik siroz: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory.* 2015; 6(1):39-40.
21. Tiribelli C, Rigato I. Liver cirrhosis and pregnancy. *Ann Hepatol.* 2006;5(3):201.