



BÖLÜM 14

Gebelikte Trombositopeni

Serkan ÜNAL¹

Giriş

Gebelik süresince hematolojik problemler ile sık karşılaşılır. Rutin kontroller sırasında rastlantısal tespit edilen, asemptomatik ve acil tedavi ihtiyacı bulunmayan basit nedenlerden, hayatı tehdit eden sistemik ve obstetrik hastalıklara kadar, oldukça geniş ayırıcı tanı listesi vardır. Anemi ve trombositopeni en sık izlenen iki hematolojik anormalliktir. Trombosit sayısının $150 \times 10^9/L$ altında olması trombositopeni olarak tanımlanır. Gebelikte karşılaşılan trombositopeni sıklıkla gestasyonel trombositopeni olarak düşünülse de özellikle $70 \times 10^9/L$ altında kalan durumlarda gebeliğe özgü veya gebeliğin tetkiklediği hastalık ve sendromların tanısı, hayat kurtarıcı olabilir(1). Yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC), trombotik trombositopenik purpura (TTP), hemolitik üremik sendrom (Shiga toksin ilişkili-HÜS ya da kompleman aracılı-HÜS), HELLP, gebeliğin akut yağlı karaciğeri bu durumların başlıcaları olarak sayılabilir. Immun trombositopeni (ITP), gebelik süresince de önemli bir trombositopeni nedeni olarak ayırıcı tanıları arasında yerini korumaktadır. Viral enfeksiyonlar, romatolojik hastalıklar, ilaç ilişkili trombositopeni de diğer olası nedenler arasında sayılabilir(2). Maternal ve fetal komplikasyonlar ile hayatı tehdit eden durumları önlemek için detaylı klinik ve laboratuvar incelemeleri gerçekleştirilmelidir.

¹ Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Bölümü, sserkanunall@hotmail.com

Sonuç

Gebelikte trombositopeni, ölümcül sonuçlar ve fetal komplikasyonlara neden olabileceğinden, her hasta için farklı ama dikkatli bir değerlendirmeyi gerektiren özel bir durumdur. Basit nedenler kolaylıkla tespit edilebilmesine rağmen, morbidite ve mortaliteyi arttıran durumlar için çok sayıda ek inceleme gereklidir.

Uygun tanısal işlemler ile gebe, doğum için hazırlanmalı ve olası komplikasyonların en aza indirilmesi için tedavi yöntemleri doğru bir şekilde uygulanmalıdır. Her trimester için farklı ayırıcı tanıların ön sıralardaki yerlerinin değiştiğinin bilinmesi, trimester bazlı bir inceleme için de fırsat ve tanısal kolaylıklar sağlayacaktır.

Uygun bir inceleme ve tanısal yaklaşım ile, gebelerde tespit edilen trombositopeninin yönetimi sanıldığı kadar korkutucu olmayabilir.

Kaynaklar

1. Myers B. Diagnosis and management of maternal thrombocytopenia in pregnancy. British journal of haematology. 2012;158(1):3 -15.
2. Usha Perepu LR. Maternal thrombocytopenia in pregnancy. Proceedings in Obstetrics and Gynecology. 2013;3(1):6.
3. Peyvandi F, Palla R, Lotta LA, Mackie I, Scully MA, Machin SJ. ADAMTS -13 assays in thrombotic thrombocytopenic purpura. Journal of thrombosis and haemostasis, 2010;8(4):631 -640.
4. Thachil J, Toh CH. Disseminated intravascular coagulation in obstetric disorders and its acute haematological management. Blood reviews. 2009;23(4):167-76.
5. McCrae KR. Thrombocytopenia in pregnancy. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2010;2010: 397-402.
6. Wegnelius G, Bremme K, Lindqvist PG; Hem-ARG/Swedish Society of Obstetrics and Gynecology. Efficacy of treatment immune thrombocytopenic purpura in pregnancy with corticosteroids and intravenous immunoglobulin: a prospective follow-up of suggested practice. Blood Coagul Fibrinolysis. 2018;29(2):141-147
7. Valat AS, Caulier MT, Devos P, et al. Relationships between severe neonatal thrombocytopenia and maternal characteristics in pregnancies associated with autoimmune thrombocytopenia. Br J Haematol. 2018 Jan;16(1):164-16
8. A Li, P R Khalighi, Q Wu, D A Garcia External validation of the PLASMIC score: a clinical prediction tool for thrombotic thrombocytopenic purpura diagnosis and treatment J Thromb Haemost 2018 Jan;16(1):164-169.
9. Morton A. , Laurie J. , Physiological changes of pregnancy and the Swansea criteria in diagnosing acute fatty liver of pregnancy, Obstet Medicine 2018 Sep;11(3):126-131.
10. 2020/ ISTH Guidelines for Treatment of Thrombotic Thrombocytopenic Purpura
11. Jokiranta TS, HUS and atypical HUS. Blood. 2017 May 25;129(21):2847-2856.