

## گزارش یک مورد پره اکلامپسی وخیم

\* دکتر مهری سیف الاسلامی<sup>۱</sup>، دکتر فرشاد حیدری<sup>۲</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** فشار خون یکی از سه علت اصلی مرگ و میر مادران به همراه خونریزی و عفونت می باشد و بروز سندرم HELLP در زمینه فشار خون از موارد نادر و وخیم این عارضه است. تصمیم گیری سریع می تواند نجات دهنده جان بیمار باشد. حتی این عارضه می تواند در بیماری که مشکل فشار خون در حاملگی نداشته به صورت حاد بروز کند. در این موارد تشخیص صحیح و درمان به موقع نیاز به دید باز پزشک داشته و در غیر این صورت این عارضه مرگ و میر بالائی داشته و می تواند با پارگی کبد و خونریزی ساب کپسولر همراه باشد.

**معرفی بیمار:** در این مطالعه، بیمار خانم ۳۸ ساله، G3P2، ۳۶ هفته، مورد پره اکلامپسی وخیم را گزارش می کنیم که فقط با شکایت درد شدید و ناگهانی ناحیه کبد، و فشار خون بالا در معاینه، بدون هیچگونه سابقه قبلی، مراجعه کرده است، و تریاد سندرم HELLP را پس از ختم حاملگی و خروج جنین بروز داده است. و خوشبختانه با اقدامات درمانی به موقع و موثر پس از پنج روز بستری در بخش مراقبتهای ویژه با حال عمومی خوب مرخص گردیده است.

**نتیجه گیری:** بروز فشار خون در حاملگی همواره تهدید کننده حیات مادران بوده و نداشتن علائم خطر دلیل قطعی بر عدم بروز این عارضه نمی باشد. مادران و پزشکان باید همواره این نکته را مد نظر داشته باشند که با وجود شیوع پره اکلامپسی در دو طیف سنی مادران زیر ۱۸ و بالای ۴۰ سال، بقیه مادران نیز مصون نبوده و همواره باید علائم خطر را به همه مادران گوشزد کرد. به علاوه در بیماران دچار پره اکلامپسی وخیم، باید احتمال بروز سندرم HELLP را حتی پس از خروج جنین داد و بیمار را از این نظر بی گیری نمود.

**کلمات کلیدی:** پره اکلامپسی وخیم، علائم خطر، وازواسپاسم

### مقدمه

با توجه به شیوع ۵٪ پره اکلامپسی در زنان بار دار، این عارضه بطور شایع تهدید کننده حیات مادر و نوزاد می باشد (۱). در اکثر موارد پره اکلامپسی وخیم، بیمار علائمی از قبیل سابقه فشار خون، سر درد، تاری دید، و ادم را ذکر می کنند (۲). گرفتاری کبد در پره اکلامپسی بسیار جدی است و به نام سندرم HELLP نامیده میشود که خود را با تریاد همولیز، افزایش آنزیمهای کبدی، و ترومبوسیتوپنی نشان می دهد (۲ و ۳). این بیماران با درد شدید ناحیه RUQ مراجعه کرده که ناشی از ادم و خونریزی ساب کپسولر، و نکروز سلولهای کبدی

می باشد (۴). مرگ و میر این وضعیت بسیار بالا بوده و نیاز به درمانهای به موقع و سریع و مناسب دارد.

### معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۸ ساله ای است که در تاریخ ۹ فروردین ۱۳۸۵ در ساعت ۳ صبح با درد شدید و ناگهانی کبد مراجعه کرده است. بیمار بر اساس سونوگرافی ۳۰ روز قبل، ۳۵ هفته باردار بود. بیمار G3P2 بود که هر دو زایمان قبلی وی تحت سزارین انجام شده است. در سونوگرافی ۸۴/۱۲/۸ جنین ۳۱ هفته سفالیک، جفت قدامی، AF نرمال گزارش شده است. PML=۸۴/۴/۲۸ و

۱- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه بیماریهای زنان و زایمان، بیمارستان خانواده (x نویسنده مسئول)

۲- دستیار تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه بیهوشی و مراقبتهای ویژه، مرکز آموزشی-درمانی



ماکروسکوپیکی نیز در این تاریخ برطرف شد. بیمار در ظاهر همان روز از بخش مراقبت های ویژه به بخش زایمان منتقل شد. حال عمومی بیمار در روز بعد خوب بود و دگزامتازون قطع شد. فشار خون بیمار با مصرف داروهای خوراکی فوق ۱۵۰/۹۵ بود. روز بعد از بیمار آزمایشاتی به عمل آمد که نتایج آن به این شرح است:  $11/5 =$  هموگلوبین ،  $34/9 =$  هموتی کریت ،  $217000 =$  پلاکت ،  $12 =$  NUB ،  $0/8 =$  کراتینین ،  $52 =$  SGOT ،  $101 =$  PTSG. بیمار در تاریخ ۱۴ فروردین ۱۳۸۵ با حال عمومی خوب و با داروهای آمیلودیپین ، آنتولول ، انالاپریل ، مرخص گردید.

### بحث و نتیجه گیری

بروز اختلالات فشار خون یکی از سه علت مرگ و میر مادران در حاملگی می باشد و در کنار خونریزی و عفونت سه عامل کشنده مادران محسوب می شوند (۸). پره اکلامپسی به افزایش فشار خون در حاملگی به همراه پروتئینوری یا ادم اطلاق می گردد و شیوعی به میزان حدود ۵٪ بارداری ها را دارد (۹). بروز پره اکلامپسی در دو گروه سنی مادران جوان شکم اول و مادران مولتی پار بالای ۳۵ سال شیوع دارد (۸). همچنین در خانم های با سطح اجتماعی و اقتصادی پائین ، سابقه فشار خون مزمن ، چاقی ، نژاد آفریقائی ، دوقلونی ، شیوع بیشتری دارد (۱). پاتولوژی اصلی بیماری وازواسپاسم می باشد و همین عامل مهمترین عامل تهدید کننده جنین به دلیل کاهش جریان خون رحمی جفتی می باشد (۵). پره اکلامپسی در صورت همراهی علائم زیر به عنوان پره اکلامپسی وخیم یا شدید نامیده می شود: فشار دیاستولیک بالاتر از ۱۱۰ ، پروتئینوری  $+2$  یا بیشتر سردرد ، تاری دید ، درد اپی گاستر یا ربع فوقانی راست ، الیگوری ، افزایش کراتینین سرم ، ترومبوسیتوپنی ، افزایش آنزیمهای کبدی ، اختلال رشد جنین ، ادم ریه (۱ و ۹). در صورت همراهی پره اکلامپسی و تشنج به آن اکلامپسی اطلاق می شود. (۸ و ۹). گرفتاری کبد در پره اکلامپسی بسیار جدی است و به نام سندرم HELLP گفته می شود. این سندرم بر پایه بروز سه عارضه همولیز ، افزایش آنزیمهای کبدی وافت تعداد پلاکت ها استوار است (۹ و ۱۰). اغلب با گرفتاری سایر اعضا

بخصوص کلیه و مغز همراه می باشد. شیوع این سندرم در پره اکلامپسی وخیم حدود ۲۰٪ بوده مرگ و میر بالائی هم دارد (۱ و ۵). شیوع عود این سندرم در حاملگی بعدی را بین ۲۷٪ - ۳٪ گزارش کرده اند (۹ و ۱۰). در مادرانی که دچار سندرم HELLP شده اند احتمال بروز عوارضی همچون دکولمان جفت ، زایمان زودرس ، ادم حاد ریه ، نارسائی حاد کلیه و تشنج افزایش می یابد (۱، ۲، ۶، ۸ و ۹). در بیماران پره اکلامپسی که با درد اپی گاستر و در ناحیه کبد مراجعه می کنند احتمال بروز درگیری کبدی و سندرم PLLEH بیشتر است (۲ و ۵). دردهای شدید ناحیه اپی گاستر و ربع فوقانی راست ناشی از نکروز و ادم سلولهای کبدی و خونریزی ساب کپسولر می باشد (۵ و ۸). این دردهای بسیار شدید با افزایش آنزیمهای کبدی همراه است و نشانه ای برای ختم حاملگی می باشد (۹ و ۱۰). خونریزی ساب کپسولر و پارگی کبد جزء عوارض فوق العاده وخیم و فاجعه بار پره اکلامپسی است اما خوشبختانه نادر است و اغلب در خانمهای مسن و مولتی پار که دیر مراجعه کنند ایجاد می شود (۵-۷). در موارد شدید پره اکلامپسی گاهی تغییراتی در عملکرد و تمامیت کبد رخ می دهد که شامل تاخیر در دفع بروموسولفوفتالین و افزایش شدید آنزیمهای کبدی می باشد، افزایش آلکالن فسفاتاز هم خیلی شایع است ولی افزایش بیلی روبین شایع نیست (۸ و ۹). محتمل ترین علت افزایش آنزیمهای کبدی نکروز هموراژیک پری پورتال اطراف لبولهای کبدی می باشد ، خونریزی از این ضایعات منجر به هماتوم ساب کپسولر و پارگی کبد خواهد شد ، که مورتالیتی حدود ۳۰٪ دارد (۱ و ۳ و ۴ و ۹). ترومبوسیتوپنی ناشی از تجمع و به هم پیوستگی داخل عروقی پلاکتها به دلیل فعال شدن آنزیم FPA (فاکتور فعال کننده پلاکتها ) می باشد (۲ و ۸). این آنزیم از انتیمای عروقی که به شدت دچار وازوکانتریکشن شده اند ترشح می گردد (۲). این انقباض شدید عروقی باعث همولیز میکرو آنژیوپاتیک نیز می شود (۲). در واقع همانگونه که قبلا نیز گفته شد پاتولوژی اصلی بیماری وازوکانتریکشن شدید در شراین است و سایر علائم و عوارض به دنبال آن عارض می گردند (۲ و ۹).

جالب دیگر در این بیمار می باشد. شاید اگر در ختم حاملگی کمی تاخیر می افتاد عوارض وخیمی همچون خونریزی سبب کپسولر و پارگی کبد حیات بیمار را مورد تهدید جدی قرار می داد، که خوشبختانه این گونه نشد. و بیمار علیرغم مشکلات بسیار، با عنایت خداوند متعال، در نهایت با حال عمومی خوب مرخص گردید.

در مورد بیمار مورد نظر، نکته جالب توجه، شروع ناگهانی و حاد علائم وخیم پره اکلامپسی بدون هیچ سابقه قبلی می باشد. همچنین، این موضوع که بیمار فقط با یک علامت درد ناحیه کبد مراجعه کرده و هیچ کدام از علائم شایعتر دیگر مثل ادم، سردرد و تاری دید را همراه نداشت خود نیز از نکات جالب توجه دیگر است. به علاوه علیرغم ختم سریع حاملگی، ظاهر شدن علائم سندرم HELLP پس از ختم حاملگی از نکات

## References

1. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's Obstetrics & Gynecology 9<sup>th</sup> ed, 2003. Mackay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 97: 533-8.
2. Cunningham, Gant, Leveno, Gilstrap, Hauth, Wenstrom, Williams Obstetrics 22<sup>nd</sup> ed, 2005.
3. Dekker GA, Sibai BM. Etiology and pathogenesis of pre-eclampsia: current concepts. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1359-75.
4. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. No. 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 159-67.
5. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 181-92.
6. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(1 pt 1): 125-9.
7. Livingston JC, Livingston LW, Ramsey R, Mabie BC, Sibai BM. Magnesium sulfate in women with mild preeclampsia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 217-20.
8. Magann E, Martin J. Twelve Steps to Optimal Management of HELLP Syndrome. *Clin Obst and Gyn* 1999; 42: 532-50.
9. Magann E, Martin J. Twelve steps to optimal management of HELLP syndrome. *Clin Obst Gyn* 1999; 42: 532-50.

## Sever Preeclampsia: a case report

\*Seifol Eslami M; MD<sup>1</sup>, Heidari F; MD<sup>2</sup>

### Abstract

**Background:** Hypertension beside bleeding and infection are the most common causes of maternal mortality. Meanwhile, HELLP syndrome is one of the harmful complications of hypertension; however, almost HELLP syndrome can be presented without hypertension. If HELLP syndrome is presented, the clinician must decide rapidly and correctly to save patient's life; if not, the complications of HELLP syndrome, like sub capsular bleeding and hepatic rupture could be fatal.

**Case report:** Here we present a 38 year old woman, G3P2, who was 36 weeks pregnant, as a case of sever pre-eclampsia, without any positive past history. The only chief complaint was recent rapid onset of sharp pain in RUQ and liver. The only positive sign in physical examination was hypertension. The patient had presented HELLP syndrome after delivery of her child. After staying in ICU for 5 days, she had good condition, and left the hospital some days later.

**Conclusion:** Maternal hypertension is always a fatal complication of pregnancy and absence of sever signs can not rule out the presentation of pre-eclampsia in future. Although pre-eclampsia is more common in mothers younger than 18 and older than 40 years old, the clinician must be aware of its probability of occurrence in any age. In patients who are a case of pre-eclampsia, the clinician must bring HELLP syndrome into his/her mind, and observe the patient for HELLP syndrome, even after delivery.

**Keywords:** Complication, Management, Pre-eclampsia, Signs

1- (\*Corresponding author) Assistant professor, Army University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Khanevadeh Medical Center

2- Resident, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology, Masih Daneshvari Medical Center