

Ciąża i poród u pacjentki z trombocytopenią samoistną

Idiopathic thrombocytopenic purpura during pregnancy and delivery: a case report

Mariusz Skoczyński, Anna Kwaśniewska

Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży, Uniwersytet Medyczny w Lublinie;
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Anna Kwaśniewska

Przeгляд Menopauzalny 2010; 4: 260–261

Streszczenie

Małopłytkowość to drugie po anemii pod względem częstości występowania powikłanie hematologiczne w ciąży. Przyczyn trombocytopenii jest wiele. Diagnostyka zaburzeń układu hemostazy ma na celu zmniejszenie ryzyka krwawień zagrażających życiu kobiety ciężarnej, a także zabezpieczenie przed krwawieniem wewnątrzczaszkowym u płodu lub noworodka. Zwykle zmniejszona liczba płytek w ciąży jest niegroźna dla ciężarnej, a brak objawów klinicznych związanych z niewielkim stopniem trombocytopenii nie wymaga leczenia. Istotne wydaje się być zdiagnozowanie rzadziej występującej samoistnej trombocytopenii, mogącej być przyczyną stanu naglącego w ciąży. Przedstawiono przypadek samoistnej trombocytopenii o podłożu immunologicznym u pacjentki w ciąży. W artykule opisano zastosowane leczenie i sposób rozwiązania ciąży.

Słowa kluczowe: ciąża, małopłytkowość, postępowanie

Summary

Thrombocytopenia is second to anaemia as the most common hematologic abnormality during pregnancy. It may result from a variety of causes. Appropriate diagnosis and management are important due to the risk of maternal and neonatal haemorrhage. Gestational or incidental thrombocytopenia with mild declining platelet count is not associated with adverse pregnancy outcomes. A small number of patients suffering from immune thrombocytopenia purpura need specific therapies, which if employed promptly, may improve pregnancy outcomes. We describe the case of a 27-year-old pregnant woman with immune thrombocytopenia purpura. The article focuses on the successful management of pregnancy and the way of the delivery as well.

Key words: pregnancy thrombocytopenia, management

Trombocytopenia to druga po anemii przyczyna najczęściej występujących nieprawidłowości hematologicznych w ciąży, dotycząca ok. 10% ciężarnych [1]. Zmniejszenie liczby płytek krwi może wynikać ze zmian fizjologicznych towarzyszących ciąży lub z procesów patologicznych. Diagnostyka różnicowa zaburzeń układu hemostazy sprowadza się do wychwycenia przyczyn i zapobieżenia powikłaniom krwotocznym zagrażającym życiu kobiety ciężarnej i jej płodu lub dziecka. Trombocytopenia może wynikać z przewagi rozpadu płytek nad ich wytwarzaniem. Autoimmunologiczna plamica płytkowa charakteryzuje się nadmierną syntezą przeciwciał klasy IgG przeciwko glikoproteinom płytkowym. Zmienne płytki ulegają rozkładowi w układzie siateczkowo-śródbłonkowym śledziony [2]. Przeciwciała IgG przekraczając barierę łożyskową, powodują spadek liczby płytek u płodu i zwiększają prawdopodobieństwo krwa-

wień do centralnego układu nerwowego. Zmniejszenie liczby trombocytów $< 30\ 000/\text{mm}^3$ i objawy krwawienia zmuszają do aktywnej terapii. W pierwszym rzucie stosuje się terapię sterydową. Lekami drugiego rzutu są immunoglobuliny. Często łączy się te dwa rodzaje działań. W przypadku braku efektu terapeutycznego sugeruje się usunięcie śledziony. W sytuacji zagrożenia życia krwotokiem lub przygotowania pacjentki do rozwiązania ciąży podaje się preparaty płytkowe [1, 3].

Opis przypadku

Pacjentka, lat 27, przyjęta w marcu 2009 r. do Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z rozpoznaniem: I ciąża, 27. tydzień. Trombocytopenia. Rozpoznanie trombocytopenii ustalono

Adres do korespondencji:

Mariusz Skoczyński, Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, SPSK 1, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin

w Klinice Hematoonkologicznej w 2006 r. Zebrany wywiad w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży nie odbiegał od normy: regularne miesiączki trwające 4–5 dni, obfite, niebolesne. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono: prawidłowo rozwijającą się pojedynczą ciążę, liczbę płytek $6000/\text{mm}^3$, pojedyncze wybroczyny punktowe na skórze kończyn dolnych. Po konsultacji hematologicznej podano enkorton w dawce $120 \text{ mg}/\text{dobę}$ przez 3 dni. Na zaproponowaną pacjentce operację usunięcia śledziony nie otrzymano zgody. W wyniku terapii uzyskano wzrost liczby płytek $35\ 000\text{--}83\ 000/\text{mm}^3$. Pacjentkę ponownie przyjęto do Kliniki w czerwcu 2009 r. z powodu odpływania płynu owodniowego w 33. tygodniu ciąży. W związku z zagrożeniem przedwczesnym porodem wdrożono typowe postępowanie lecznicze mające na celu przygotowanie pacjentki do wcześniejszego rozwiązania ciąży. Zastosowano standardową sterydoterapię, a po konsultacji hematologicznej podano preparat immunoglobuliny w dawce $1 \text{ g}/\text{kg m.c.}$ przez 2 dni, uzyskując liczbę płytek $104\ 000/\text{mm}^3$. Pacjentkę zakwalifikowano do rozwiązania cięciem cesarskim. Wydobyto dziecko w stanie dobrym, o masie ciała 2180 g . Przed zamknięciem powłok brzucha pozostawiono dren w jamie otrzewnowej w celu obserwacji krwawienia. W 3. dobie życia dziecka wykonano badanie USG przeciemiążzkowe mózgu. Wynik: tkanka mózgowa bez zmian ogniskowych. Układ komorowy nieposzerzony. Przestrzenie płynowe przymózgowe nieposzerzone. Niewielka jama przegrody przezroczystej. Liczba płytek u dziecka wahała się od $150\ 000$ do $347\ 000/\text{mm}^3$. W styczniu 2010 r. pacjentka zdecydowała się na zabieg operacyjny usunięcia śledziony. Liczba płytek w dniu wypisu z Kliniki Chirurgii wynosiła $256\ 000/\text{mm}^3$.

Dyskusja

Trombocytopenia w ciąży to zwykle łagodne i niewymagające interwencji schorzenie [1, 4]. Wykrywana często w wyniku rutynowych badań laboratoryjnych zleczanych pacjentce zgłaszającej się po raz pierwszy do lekarza we wczesnej ciąży. Znalezienie przyczyny zmniejszonej liczby płytek krwi $< 50\ 000/\text{mm}^3$ może mieć decydujące znaczenie dla zapewnienia prawidłowych warunków rozwoju ciąży. Immunologiczna plamica małopłytkowa może zagrażać krwotokiem w okresie porodu, a dla dziecka może nieść ryzyko krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego. Jedną z cech typowych dla immunologicznej plamicy małopłytkowej jest zmniejszenie liczby płytek przed ciążą, o czym dowiedziano się dzięki współpracy z lekarzami hematologami.

Charakterystyczne i zgodne z innymi doniesieniami wartości pozostałych elementów morfotycznych krwi nie odbiegały od norm [5]. Zwykle leczenie rozpoczyna się od zaobserwowania objawów skazy krwotocznej i liczby płytek $30\ 000/\text{mm}^3$ podaniem sterydów [4]. Dawka zalecana to $1\text{--}2 \text{ mg}/\text{kg m.c.}/\text{dobę}$, a więc zgodna z tą, którą zastosowano. Za leki drugiego rzutu uważane są immunoglobuliny. Efekt jest porównywalny z podaniem sterydów, jednak dostępność leku może być ograniczona ze względu na jego cenę. Pacjentka otrzymywała preparat immunoglobuliny ludzkiej w dawce $1 \text{ g}/\text{kg m.c.}/\text{dobę}$ [1, 4]. Inną formą leczenia jest wykonanie splenektomii [1, 6]. W opisywanym przypadku propozycja takiego leczenia nie została przyjęta przez pacjentkę. W dalszym ciągu brak jednoznacznych opinii o ryzyku zagrożeń dla płodu [1, 2, 7]. Przytaczana liczba wszystkich powikłań krwotocznych u noworodków to ok. 3% [7]. Do tej pory nie ma jednoznacznego badania umożliwiającego precyzyjne określenie liczby płytek u płodu, mogącej stanowić o małym ryzyku krwawienia do mózgu [8]. Część autorów stoi na stanowisku, że cięcia cesarskie powinno być związane ze wskazaniami położniczymi, inni sugerują wykonanie cięcia cesarskiego [9, 10]. W opisywanym przypadku podjęcie decyzji wydawało się jednoznaczne i wynikało z konieczności ukończenia ciąży wcześniejszej ze stwierdzoną i dobrze udokumentowaną trombocytopenią. Pomyślny przebieg całego procesu leczniczego na pewno nie byłby możliwy bez wyjątkowego zaangażowania lekarzy hematologów [1, 4].

Piśmiennictwo

1. Levy JA, Murphy LD. Thrombocytopenia in pregnancy. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 290-7.
2. Cines DB, Blanchette VS. Immune thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med* 2002; 346: 995-1008.
3. Howman RA, Barr AL, Shand AW, et al. Antenatal intravenous immunoglobulin in chronic immune thrombocytopenic purpura: case report and literature review. *Fetal Diagn Ther* 2009; 25: 93-7.
4. McCrae KR. Thrombocytopenia in pregnancy: differential diagnosis, pathogenesis, and management. *Blood Rev* 2003; 17: 7-14.
5. Paidas MJ, Thung SF, Beardsley DS. Unmasking the many faces of maternal and fetal thrombocytopenia. *Con OB/GYN* 2006; 9: 42-51.
6. Felbinger TW, Posner M, Eltzschig HK, et al. Laparoscopic splenectomy in a pregnant patient with immune thrombocytopenic purpura. *Int J Obstet Anesth* 2007; 16: 281-3.
7. Silver RM, Branch DW, Scott JR. Maternal thrombocytopenia in pregnancy: time for a reassessment. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 479-82.
8. Sullivan CA, Martin JN Jr. Management of the obstetric patient with thrombocytopenia. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38: 521-34.
9. Boehlen F. Thrombocytopenia during pregnancy. Importance, diagnosis and management. *Hamostaseologie* 2006; 26: 72-4.
10. Schwartz KA. Gestational thrombocytopenia and immune thrombocytopenias in pregnancy. *Gestational thrombocytopenia and immune thrombocytopenias in pregnancy. Hematol Oncol Clin North Am* 2000; 14: 1101-16.