

# Neonatal Alloimmun Trombositopenili Bir Olgu Sunumu

## Neonatal Alloimmune Thrombocytopenia: A Case Report

Pelin Köşger Esra Arun Özer Münevver Yıldırım  
Şervan Özalkak Mehmet Helvacı

T.C. S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri, İzmir

### ÖZET

Neonatal alloimmun trombositopeni, babadan kalıtılan trombosit antijenlerine karşı maternal alloimmunizasyon ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastalığa bağlı olarak, fetusta ölüme ya da kalıcı nörolojik hasara neden olan kafa içi kanamalar meydana gelebilir. Bu yazıda neonatal alloimmun trombositopeni tanısı düşünülen ve yaşamın ilk 24 saatinde trombositopeni saptanan bir olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Trombositopeni, yenidoğan, alloimmunizasyon

### SUMMARY

Neonatal alloimmune thrombocytopenia is a neonatal disorder characterized by maternal alloimmunization against paternal platelet antigens in the fetus. Intracranial hemorrhage leading to death or permanent neurological disability may occur in this clinical setting. In this paper, a case of neonatal alloimmune thrombocytopenia is presented.

**Key Words:** Thrombocytopenia, newborn, alloimmunization

Başvuru tarihi: 25.12.2006

*İzmir Tepecik Hast Derg 2006;16(3):145-147*

Yenidoğan döneminin ciddi trombositopeni nedenlerinden olan neonatal alloimmun trombositopeni (NAIT), 1000-2000 canlı doğumda bir rastlanılmaktadır (1). Normal trombosit sayısına sahip sağlıklı anneye rağmen fetusta ciddi trombositopeni saptanır. NAIT tanısı, aile öyküsü, klinik bulgular ve yenidoğan döneminde trombositopeni ile seyreden diğer klinik durumların dışlanması ile konulmaktadır. Yaşamın ilk 24 saatinde trombositopenisi saptanan ve klinik bulgular, aile öyküsü ile NAIT düşünülen olgu sunulmaktadır.

### OLGU

Aralarında akrabalık bulunmayan 36 yaşındaki sağlıklı anne ile 40 yaşındaki babanın 3. gebeliğinden, son adet tarihine göre 37. gebelik haftasında sezeryan ile 1. ve 5. dakika Apgar skorları 3 ve 7 olarak doğurtulan olgu, amniyon sıvısının mekonyumla boyalı olması nedeni ile mekonyum aspirasyonu sendromu ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Ailenin 2. gebeliğinden olan bebeklerinin postnatal 3. günde intrakraniyal kanama nedeni ile kaybedildiği ve trombosit sayısının düşük olduğu ifade edildi.

Hastanın başvurusunda yapılan fizik incelemede ağırlık 2900 g (50 p), boy 51 cm (50 p) ve baş çevresi 32.5 cm (50-75 p) olarak ölçüldü. Vital bulguları normal sınırlarda, solunum sıkıntısı ve anormal nörolojik bulgusu yoktu. Sistem bakılarında patolojik bulgu saptanmadı. Tam kan sayımında Hb 15.5 g/dl, beyaz kan hücresi 28800/mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı 34000/mm<sup>3</sup>, periferik yayması trombositopeni ile uyumlu olarak bulundu. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Annenin trombosit sayısının normal sınırlarda olduğu, ailede kanama bozukluğu düşündürecek öykü olmadığı, anne- de ilaç kullanımı olmadığı belirtildi. Kan kültüründe üreme olmayan, CRP negatif bulunan olguya 1 kez random trombosit süspansiyonu verildi. Ancak kontrol tam kan sayımında trombosit sayısında yükselme olmadığı (53000/mm<sup>3</sup>) gözlenmesi üzerine 1 g/kg intravenöz immunglobulin ve anneden aferez ile alınıp irradiye edilen trombosit süspansiyonu ile 1 kez transfüzyon daha uygulandı. Kontrolde trombosit sayısı normal sınırlara ulaşan ve tekrarlamayan olgu, postnatal 9. günde şifa ile taburcu edildi. Halen 6. ayında olan hastanın trombosit sayısı normal sınırlarda olup, başkaca bir sağlık problemi bulunmamaktadır.

## TARTIŞMA

Yenidoğan döneminin ciddi trombositopeni nedenlerinden biri olan NAIT, 1000-2000 canlı doğumda bir görülmektedir (1). Babadan kalıtılan fetal trombosit antijenlerine karşı maternal alloimmünizasyon ile karakterizedir. Rh uygunsuzluğunun aksine, ilk gebelikten itibaren NAIT tablosu meydana gelebilir ve tekrarlayan gebeliklerde hastalığın görülme riski ve şiddeti artmaktadır (2).

Genellikle anne gebeliği sırasında ve öncesinde sağlıklıdır ve trombosit sayısı normaldir. Gebeliğin 20-24. haftalarında fetusta ölümle ya da kalıcı nörolojik hasarla sonuçlanabilen kafa içi kanamalar gelişebilir. Fizik muayenede peteşi, purpura, ekimoz ve sefal hematoma gibi kanama bulguları saptanabilir.

Tanı, klinik bulgular, aile öyküsü, neonatal trombositopeni yapabilecek diğer nedenlerin

dışlanması ile konulur. Maternal alloantikolar ya da anne-baba arasındaki trombosit antijen uyumsuzluğunun gösterilmesi tanıyı destekler. Trombosit antijenleri arasında beyaz ırkta en sık rastalınan HPA-1 antijeni olup, olguların %75-85'ini oluşturmaktadır (3). Bizim hastamızda da aile öyküsünde, yenidoğan döneminde trombositopeni ve ciddi kanama ile kaybedilen kardeş öyküsünün olması, ilk 24 saatte trombositopenin gözlenmesi ve trombositopeni yapan sepsis, intrauterin enfeksiyonlar gibi nedenlerin dışlanması ile tanı konulmuştur. Ancak HPA antijenleri laboratuvar imkanları nedeni ile çalışılmamıştır.

NAIT'ye bağlı olduğu düşünülen ciddi trombositopeni ve hayatı tehdit eden kanaması olan hastalara ya antijen negatif donörden ya da anneden alınan trombosit süspansiyonu transfüze edilmektedir. Ancak bu trombosit süspansiyonu sağlanana kadar random trombosit süspansiyonu da verilebilmektedir. Tedavide intravenöz immunglobulinlerin de faydalı olduğu bildirilmektedir (1,4).

Olgumuz ciddi trombositopenisinin olması nedeni ile önce random trombosit süspansiyonu ile transfüze edilmiş, ancak yanıt alınamaması nedeni ile intravenöz immunglobulin ve anneden trombosit süspansiyonu ile transfüzyon gereksinimi olmuştur. Literatürde NAIT'li olgularda trombositopeninin 1 ay kadar sürebileceği bildirilmektedir (3). Olgumuzda postnatal 9. günden sonra trombositopeni saptanmamıştır.

Sonuç olarak, burada sunduğumuz olgu ile yenidoğan döneminde trombositopeni yapan nedenler arasında mortalite ve morbiditesi yüksek bir antite olan NAIT'nin ayırcı tanıda mutlaka akılda tutulması gerektiğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Manno CS. Management of bleeding disorders in children. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2005;416-22.
2. Kaplan C. Foetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia. *Orphanet J Rare Dis* 2006;10(1):39.

3. Sola MC, Del Vecchio A, Rimsza LM. Evaluation and treatment of thrombocytopenia in the neonatal intensive care unit. *Clin Perinatol* 2000;27:655-79.
4. Paternoster DM, Cester M, Memmo A, Scandellari R, Fabris F, Girolami A. The management of fetomaternal alloimmune thrombocytopenia: report of three cases. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006; 19(8):517-20.

**Yazışma adresi:**

Dr. Esra ARUN ÖZER  
T.C. Sağlık Bakanlığı, İzmir Tepecik Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Klinikleri, Yenidoğan Servisi, Yenisehir / İZMİR  
Tel : 0 232 469 69 69 / 3409  
Faks: 0 232 433 07 56  
e-posta : eozer@deu.edu.tr

---