Acute Fatty Liver of Pregnancy

Mais Hayek *

(Received 30 / 6 / 2019. Accepted 26 / 8 / 2019)

□ ABSTRACT □

ACUTE FATTY LIVER OF PREGNANCY (AFLP) , a life threatening obstetric emergency, was first described by Sheehan in 1940.The most common presentation is malaise, nausea, vomiting and epigastric pain followed by jaundice. Laboratory tests usually demonstrate high bilirubin levels, deranged liver and renal functions, coagulopathy and hypoglycemia. one should keep in mind other pregnancy related liver diseases that mimic AFLP such as HELLP syndrome: hemolysis (H), elevated liver enzymes (EL) and low platelet count (LP), and intrahepatic cholestasis of pregnancy. Liver biopsy is the gold standard for diagnosing AFLP, but due to the presence of coagulation abnormalities diagnosis is usually made by clinical and laboratory findings.

Key words: coagulopathy, Hellp , AFLP.

*Master, Faculty of Medicine, Tishreen University , Lattakia , Syria

التشحم الكبدي الحاد خلال الحمل

ميس حايك *

(تاريخ الإيداع 30 / 6 / 2019. قُبِل للنشر في 26 / 8 /2019)

□ ملخّص □

تشحم الكبد الحاد بالحمل : هو حالة توليدية إسعافيه مهددة للحياة ،وصفت لأول مرة من قبل شيهان عام 1940.
العرض الرئيسي الاشيع هو الدعث ، الغثيان ، الاقياء و الألم الشرسوفي الذي يسبق اليرقان تبدي التحاليل المخبرية عادة ارتفاع البيلروبين ،اختلال بأنزيمات الكبد و الكلية ، اعتلال تخثر و نقص سكر .
يجب أن نتذكر دائما أمراض الكبد الأخرى المتعلقة بالحمل و التي تتشابه مع AFLP(تشحم الكبد الحاد)مثل :
*- متلازمة هيلب (انحلال دم، ارتفاع خمائر الكبد ،و نقص الصفيحات)
*- الركودة الحملية الصفراوية .
إن التشخيص الذهبي لتشحم الكبد الحاد هو خزعة الكبد ، و لكن تبعاً لاعتلال التخثر فالتشخيص يكون سريرياً ومخبرياً.

الكلمات المفتاحية : اعتلال التخثر، تناذر هيلب ، التشحم الكبدي الحاد خلال الحمل.

مقدمة:

* **ماجستير- كلية الطب البشري- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية**

حالة سريرية :

أدخلت حامل خروس 33 سنة إلى المشفى بالأسبوع 34 من الحمل تشكو من حكة بالجسم كانت بصحة جيدة من دون أي اختلاطات خلال الحمل .

ضغط 130/80 mmhg ،نبض 85 p/m ، حرارة 37 c .

الإيكو طبيعي .

التحاليل المخبرية : ALT=200u/l ، AST=350 U/l، فحص بول طبيعي ، INR 1.2 ، الفحوصات المصلية : (HBS AG, HCV , HIV) سلبية فشخص لها ركوده حمليه صفراوية .

بعد يومين عادت المريضة بشكوى ألم بطني مع غثيان لأول مرة خلال هذا الحمل :

النبض 125p/m ، الضغط 160/90 mmhg. بالفحص بطن لين متنفس ، المنعكسات طبيعية ، الايكو طبيعي ، بفحص البول لا توجد بيلة بروتينية .

التحاليل المخبرية : HB=13.9 dg/ l ، WBC= 19×10^9/l ، Cr=2.4 mg/l ، INR=1.6 ، 1mg/dl Bilirubin= ، Plt=241×10^9/l ، urea =40mg/dl، glucose = 60mg/dl ، AST= 200 u/L ، ALT = 304 u /L.

حولت المريضة لإجراء عملية قيصرية سفلية إسعافيه LSCS تبعا لعدم وجود اتساع أو امحاء بعنق الرحم . في اليوم التالي أصيبت المريضة باليرقان مع وذمات في الطرفين السفليين ، علاماتها الحياتية مستقرة مع تغيرات على تحاليلها المخبرية حيث لوحظ هبوط حاد بالخضاب

HB=6.5 g/dl و ارتفاع البيلروبين إلى 8.6 mg/dl ، PLT=136×10^9/L ، INR=3.2 ، fibrinogen = 0.8 g/l ، albumin = 2.6 g / dl .

فحص البول :

بيلة بروتينية خفيفة ، لطاخه الدم المحيطية : طبيعية (لا يوجد انحلال) .

تم نقل 4 ركازات دم مع 6 وحدات بلازما طازجة مع تسريب فيتامين K 10 mg و ألبومين 0.2mg مع محاليل عالية الوزن الجزيئي . معدل الإدرار البولي 50ml/h و الضغط الوريدي المركزي

بقي بين (8–10) mmhg . أعطيت 40mg فور سيميد عندما أصبح إدرارها البولي 100 ml/h .

بالإيكو تبين وجود ارتشاح شحمي في الكبد مع كلية و بنكرياس طبيعيين مع كمية متوسطة من السائل الحر في البطن والحوض .

بالطبقي المحوري :سائل بكمية كبيرة في البطن .

التشخيص التفريقي :ارتفاع خمائر الكبد الشاذ أوحى بالركودة الحملية الصفراوية ولكن عندما عاودت بارتفاع الضغط كان الشك:(بانسمام حملي ،هيلب ، تشحم الكبد الحاد)و الذي كان المرجح كون التحاليل تشير إلى اعتلال تخثر بوجود صفيحات طبيعية ،و نقص سكر إضافة الى عدم وجود دلائل لالتهاب الكبد.

العلاج :

بعد نقل مشتقات الدم بقيت العلامات الحياتية مستقرة دون علامات لنزيف رغم بقاء INP=2 مع حبن و وذمات بالطرفين السفليين .

تم البدء بتغطية انتانية وريدية وقائية من التهاب البريتوان الجرثومي .

في اليوم الثالث سكر دم =dg/L 50 مع صعوبة الضبط بالسيروم السكري .

Bilirubin=10mol/L ، AST=118u/L ، ALT=116u/L ،

تراجعت قيم الكرياتين بعد اليوم الاول للولادة ،وأصبحت طبيعية في اليوم السابع .

عولج التهاب البريتوان بضبط توازن السوائل ،إصلاح الشوارد من مراقبة لصيقة لاعتلال التخثر .

تم ضبط السكر في اليوم السابع وتم إيقاف السيروم السكري (ديكستروز). عادت

قيم خمائر الكبد للطبيعي في اليوم 12 وبالتالي أصبح الألبومين وعوامل التخثر طبيعية ورغم ذلك ظلت قيم البيلروبين مرتفعة رغم الحالة السريرية المستقرة.

اليوم 18:عادت خمائر الكبد طبيعية و بدأ البيلروبين ينخفض .

الأسبوع الثالث :أصبحت المريضة نشيطة بحركة وحيوية طبيعيتين .

المناقشة : التشحم الكبدي الحاد: هو حالة نادرة قد تسبب حالات فقدان الحياة و هو يحدث بالحمل بنسبة 5/10000 حالة حمل رغم أن العديد من الحالات لا تشخص . 50% من

حالات التشحم تظهر مع ما قبل الانسمام الحملي ثم تتطور إلى مظاهر إضافية .

<u>اليرقان خلال فترة الحمل له عدة اسباب</u> :

1-الركودة الصفراوية والتهاب المرارة .

2-التهاب الكبد الفيروسي.

3-ما قبل الإرجاج مع أو بدون تناذر هيلب .

4-التشحم الكبدي الحاد (AFLB).

1- الركودة الصفراوية الحملية قد تحدث خلال الثلث الثالث من الحمل ولكن الحكة والوخز هو عرض مشخص لها إضافة إلى أنه نادراً ما يرتفع البيلروبين أكثر من 6mg\dcL.

2- – التهاب المرارة قد يحدث في أي وقت خلال الحمل ويترافق مع ألم في الربع العلوي الأيمن إضافة إلى الحرارة .والإيكو يكون مشخصا في هذه الحالة .

3- التهاب الكبد الفيروسي في الحمل يتظاهر بمرض جهازي عام مع الحرارة وغثيان وإقياء إضافة إلى الوهن واليرقان مع خمائر كبد 500u/L ويشخص مخبرياً .

4- ما قبل الإرجاج وهيلب و AFLP تتشارك العديد من التظاهرات السريرية والمخبرية والتفريق بينها قد يكون صعبا . تظاهرات ما قبل الإرجاج عادة ما يكون بالنصف الثاني من الحمل بينما تناذر هيلب وِAFLP تكون عادة في الثلث الأخير من الحمل. نسبة حدوث هيلب هو أشيع من AFLP .ولكن اعتلال التخثر الشديد ، اليرقان ، اعتلال دماغي ،الحبن ، نقص السكر ،مع ارتفاع خفيف إلى متوسط في خمائر الكبد هي مفاتيح التشخيص ل....AFLB .

في حالتنا السريرية السابقة كانت المظاهر السريرية تشير لسوء وظيفة كبدية شديد ظهرت بالأسبوع 34 . تشابهت الحالة مع التهاب كبد فيروسي ولكن بملاحظة المظاهر السريرية و المخبرية تبين بأنه يوجد اعتلال تخثر

شديد مع ارتفاع متوسط لخمائر الكبد، نقص سكر، مع ارتفاع الأمونيا ، وانخفاض الألبومين كل ذلك رجّح AFLP . صعوبة وضع تشخيصAFLP قادت لتطوير معايير خاصة أشيعها
كان Swansea وصفت من قبل chingetal و تتضمن 6 من الموجودات التالية :

الإقياء	الألم البطني	تعدد بيلات و عطاش
ارتفاع البيلوربين	نقص سكر	اعتلال دماغي
ارتفاع حمض البول	ارتفاع الكرياتين	ارتفاع تعداد كريات الدم البيضاء
حبن أو كبد لماع بالإيكو	ارتفاع ALTوAST	ارتفاع الأمونيا
ارتفاع الكرياتين	اعتلال تخثر	تبدلات وعائية في خزعة الكبد

عادة التبدلات الكبدية الكلوية تعتبر شائعة .ولكن وجود نقص سكر الدم والتهاب البنكرياس يعتبر نادراً و يشير عادة إلى حالة شديدة من التشحم الكبدي الحاد خلال الحمل .

العلاج:

العلاج المؤكد هو الولادة السريعة للجنين .عادة اليرقان وسوء الوظيفة الكبدية و DIC قد تتطور بعد يوم أو يومين من الولادة ولكنها عادة تتحسن مع الوقت. قبل العام 1980 كان معدل وفيات الوالدية والجنينية 85% وأغلب أسباب الوفيات كانت بسبب الوذمة الدماغية والنزف الهضمي ، القصور الكلوي ،اعتلال التخثر ،والصدمة الإنتانية .
حاليا هبطت نسبة الوفيات 10% بفضل المراقبة اللصيقة والعلاج المناسب.
الخلاصة: AFLB غير شائع ،ولكنه مهدد للحياة بالثلث الثالث للحمل وتظاهراته متغايرة مبهمة أحياناً. ورغم أنه غالباً ما يحدث تحسن الحالة بعد 24ساعة يجب علاج تلك المريضات في مراكز طبية متخصصة.

المراجع:

1-Knight M, Nelson-Piercy C, Kurinczuk J, et al. A Prospective national study of acute fatty liver of pregnancy in the UK. Gut2008;951-6.
2-Gilles K, Kurinczuk J, Lewis G, et al. Risk factors for progression from severe maternal mortality to death: a national cohort study. POLS ONE2011;6e29077.
3-Riely C. Acute fatty liver of pregnancy. Sem Liv Dis 1987;7:47-54.
4-Joshi D, James A, Quagha A, et al. Liver disease in pregnancy. Lanset2010;375:549-605.
5-Ch`ng CL, Morgan M, Hainsworth I, et al. Prospective study of liver dysfunction in pregnancy in Southwest Wales. Gut 2002;51:875-80.
6-Vanjak D, Moreau R, Roche-Sicot J, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and acute fatty liver of pregnancy. An unusual but favorable association. Gastroenterology 1991;100:1123-5.
7-Moldenhauer JS, O'Brien JM, Barton JR, et al. Acute fatty liver of pregnancy associated with acute pancreatitis: a life threatening complication. Am J Obstet Genecol 2004;190:502-5.