

Bölüm 22

GEBELİKTE SARILIĞA YAKLAŞIM

Murat ALAN¹

GİRİŞ

Sarılık gebelikte oldukça nadir olup sebebinin dikkatli şekilde araştırılması gerekmektedir. Bir gebede sarılığın belirlenmesinde ilk önce hastalığın gebeliğe has olup olmadığı incelenmelidir. Sarılık gebelikte iki kategoriye ayrılmaktadır: İlki gebelikle olan karaciğer hastalıkları (bunlar hiperemesis gravidarum, gebeliğin intrahepatik kolestazi, akut yağlı karaciğer, preeklampsi, eklampsidir. İkincisi ise akut viral hepatit gibi gebeliğe spesifik olmayan hastalıklardır (1). Sarılık gebelikte beklenmeyen bir bulgudur. Akut yağlı karaciğer, kolestatik sarılık veya intoksikasyona bağlı sarılık gebelikte sık görülen sarılık nedenleri arasındayken daha sıklıkla hepatit virüslerinin neden olduğu viral hepatit en sık nedendir. Gebelikte gelişen sarılığın tanısını koymak genellikle zor olmakla birlikte doğru tanı konması hem anne sağlığı hemde fetüsün sağlığı için önemlidir (2). Gebelikte karaciğer hastalığı hafif sarılık gibi semptomlarla başlayıp, progresif sarılık gelişerek karaciğer yetersizliğine neden olabileceğinden; gebelikte sarılık tanı-tedavi ve yönetimi oldukça önemlidir.

NORMAL GEBELİKTE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelikteki fizyolojik değişikliklerin iyi bilinmesi obstetrisyeni yanlış karaciğer hastalığı tanı koymasını engeller. Maternal volüm artışı nedeniyle maternal kalp hızında ve kardiyak outputta artış, azalan kan basıncı ile sistemik damar direncinde olan azalma, hepatoseluler yetmezlikli hastalarda da görülebilen bir durumdur. Gebelikteki hiperöstrojenik ortam nedeniyle normal gebelerin bir kısmında görülen cilt bulguları (palmar eritem, telenjektazi) kronik karaciğer hastalığının

¹ Uzman Doktor, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, gozdealan@hotmail.com

şekilde kullanılabilir. HBsAg pozitif olan gebelerde perinatal bulaşma mümkün olup, immünproflaksi uygulanmayan olgularda infeksiyon fetusa aktarılabilir. HBe Ag'nin pozitif olması durumu oldukça önemli olup fetusa bulaş riskini %90'a kadar çıkarabilmektedir. Bu nedenle tüm gebelerin hepatit B serolojisi yönünden incelenmesi gerekmektedir. Hepatit D virüsünün infeksiyon oluşturabilmesi için HBsAg'ye zorunluluk olması nedeniyle hepatit B'den korunma, aynı zamanda delta hepatitinden de korunmayı da sağlamaktadır. Hepatit C varlığı gebeliğin seyrini olumsuz etkilemez. Hepatit E virüsünün neden olduğu hastalık gebelerde gebe olmayanlara göre özellikle gebeliğin son döneminde ağır seyretmekte, %20'ye varan oranda maternal kayıba neden olmaktadır (21-24).

Sonuç olarak; gebelikte olan fizyolojik değişikliklerin hastalık bulgusu olarak değerlendirilmesi halinde gereksiz tanısal işlemlerin yapılmasına neden olabileceği gibi, gebelik sırasında görülebilecek bazı hastalıkların da fizyolojik sınırlarda yorumlanması da hem anne ve hemde fetus için büyük sorunlara yol açabilir. Gebeliğe has olan karaciğer hastalıkları ve gebelikteki sarılığın genel klinik özellikleri iyice bilinmeli, bu sorunlara multidisipliner yaklaşılmalıdır. Bu hastalarda ayırıcı tanının doğru olarak, zamanında yapılması ve tedavinin uygulanmasıyla anne ve bebekte olabilecek sorunların azaltılması yönünde önemli katkılar vereceği bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lee NM, Brady CW. Liver disease in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 897-906.
2. Joshi D, James A, Quaglia A, et al. Liver disease in pregnancy. *Lancet* 2010; 375: 594-605.
3. Hepburn IS, Schade RR. Pregnancy-associated liver disorders. *Dig Dis Sci* 2008; 53: 2334-58.
4. Ch'ng CL, Morgan M, Hainsworth I, Kingham JG. Prospective study of liver dysfunction in pregnancy in Southwest Wales. *Gut* 2002; 51: 876- 80.
5. Taskin S, Taskin EA, Seval MM, et al. Serum levels of adenosine deaminase and pregnancy-related hormones in hyperemesis gravidarum. *J Perinat Med* 2009; 37: 32-5.
6. Chiossi G, Neri I, Cavazzuti M, et al. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke encephalopathy: background, case report, and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 255-68.
7. Davidson KM. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Seminars in Perinatology* 1998;22:104-111.
8. Floreani A, Carderi I, Paternoster D, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: three novel MDR3 gene mutations. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 1649-53.
9. Ropponen A, Sund R, Riikonen S, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy as an indicator of liver and biliary disease: a population-based study. *Hepatology* 2006;43: 723-8.
10. Rolfes DB, Ishak KG. Acute fatty liver of pregnancy;!! Clinicopathologic study of 35 cases. *Hepatology* 1990; 11:59-64.
11. Hou SH, Levin S, Ahola S, et al. Acute fatty liver of pregnancy, survival with early cesarean section. *Dig Dis Sci* 1984;29:449-52.
12. Kueh YK, Wang TL, Yeo TC, Guan R A non-fatal case report of acute fatty liver of pregnancy. *Ann Acad Med Singapore* 1991;20:789-91.
13. Bacq Y, Riely CA. Acute fatty liver of pregnancy; the hepatologist's view. *Gastroenterologist* 1993; 1:257-64.

14. Riely CA, Hyams JS. Acute fatty liver of pregnancy, hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome and long chain 3-hydroxyacyl CoA dehydrogenase deficiency. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2262-4.
15. Knight M, Nelson-Piercy C, Kurinczuk JJ, et al. A prospective national study of acute fatty liver of pregnancy in the UK. *Gut* 2008; 57: 951-6.
16. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and pre-eclampsia. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 181-92.
17. Girling JC, Dow E, Smith JH. Liver function test in preeclampsia : importance of comparison with a reference range derived for normal pregnancy. *Br J Obstet Gyne col* 1997; 104 :246-250.
18. Magann EF, Martin JN Jr. Twelve steps to optimal management of HELLP syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 532-50.
19. 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: 125-129.
20. Mihiu D, Costin N, Mihiu CM, et al. HELLP syndrome - a multisystemic disorder. *J Gastrointestin Liver Dis* 2007; 16: 419-24.
21. Simms J, Duff P. Viral hepatitis in pregnancy. *Semin Perinatol* 1993; 17: 384-93
22. ACOG Technical Bulletin Number 174--November 1992. Hepatitis in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1993; 42: 189-98
23. Watson JC, Fleming DW, Borella AJ, Olcott ES, Conrad RE, Baron RC. Vertical transmission of hepatitis A resulting in an outbreak in a neonatal intensive care unit. *J Infect Dis* 1993; 167: 567-71
24. Pastorek JG 2d. The ABCs of hepatitis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36: 843-54