

GEBELİKTE TÜBERKÜLOZ OLGU SUNUMU

Sema BAKI YILDIRIM¹

|GİRİŞ

Tüberküloz (TBC) dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir ve literatürde terminolojisinde tutarsızlık mevcuttur. Güncel olarak, TBC enfeksiyonu (latent tüberküloz) ve TBC hastalığı (aktif tüberküloz) olarak iki farklı ifade kullanılmaktadır (1). Tüberküloz enfeksiyonu canlı basillerin solunması sonucu oluşur; klinik olarak inaktif bir durumda varlığını sürdürebilir veya TBC hastalığına ilerleyebilir. Enfeksiyonlu bireyler asemptomatiktir ve bulaştırıcı değilken latent TBC basilleri yeniden aktifleşerek semptomatik TBC hastalığına neden olabilir ve hava yoluyla bulaşabilir (2-4).

Gebelikte TBC zamanında teşhis ve tedavi edilmezse gebe ve fetus için önemli bir morbidite riski oluşturur (5). Akciğer tüberkülozu olan gebelerde, ateş, öksürük, kilo kaybı, gece terlemeleri ve halsizlik gibi hamile olmayan hastalarla aynı klinik belirtiler görülür. Tüberküloz hastalığı için tanısal değerlendirme, klinik bulgular ve epidemiyolojik faktörlere (bilinen veya şüpheli bir vakaya maruz kalma, endemik bir bölgede ikamet etme veya bu bölgeye seyahat etme gibi) dayanarak, tüberküloz hastalığına ilişkin klinik şüphe durumunda yapılmalıdır. Teşhis edilirse tedavi edilmelidir (3). Çoğu kadın hamileyken TBC enfeksiyonu tedavisine ihtiyaç duymaz, ancak hepsi yakın takip ve izlem gerektirir (6).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., drbakisema@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-5321-0739



|TARTIŞMA

Gebelerde halsizlik ve yorgunluk hastalıktan ziyade gebeliğe atfedilebileceğinden TBC sinsi bir şekilde ortaya çıkabilir. Tedavi edilmemiş akciğer tüberkülozu hastalığı olan anneler, enfeksiyonu bebeklerine bulaştırabilirler. Bu nedenle, doğum sırasında bilinen veya şüphelenilen tüberküloz hastalığı olan hastalar, her ikisi de değerlendirilene kadar bebeklerinden ayrılmalıdır. En az iki haftalık TBC tedavisi sonrasında emzirme teşvik edilebilir (7).

Maternal TBC hastalığı, plasenta yoluyla veya hematogen yayılımıla fetüse bulaşabilir, çok nadiren konjenital enfeksiyonla ilişkili olabilir. Gebelik, TBC enfeksiyonuna duyarlılığı veya TBC hastalığına ilerlemeyi artırmamaktadır (8). Gebelikte TBC hastalığının tedavisi için başlangıç rejimi (ilaç duyarlılığı olduğu varsayılan hastalık için) iki ay boyunca izoniazid , rifampin ve etambutolden verilmesi, ardından yedi ay boyunca izoniazid ve rifampin verilmesini ve toplamda dokuz ay sürmesi önerilmektedir (3).

TBC hastalığı maternal morbiditede üç kat, düşükte dokuz kat, erken doğumda iki kat artış ve düşük doğum ağırlığı dahil olmak üzere kötü maternal ve fetal sonuçlar için önemli ölçüde yüksek bir risk ile ilişkilidir. Aynı zamanda perinatal ölümdede altı kat artış söz konusu olduğu için gebelikte TBC enfeksiyonuna dikkat edilmeli ve tanı konulursa tedavi edilmelidir (6).

|SONUÇ

Gebelikte TBC zamanında teşhis ve tedavi edilmezse gebe ve fetus için önemli bir morbidite riski oluşturur. Doğum öncesi bakım, TBC riski taşıyan ve tıbbi bakıma başvurmayan bireylerde TBC enfeksiyonunun ve TBC hastalığının değerlendirilmesi ve yönetimi için eşsiz bir fırsat sunmaktadır. Özellikle endemik bölgelerde ikamet eden gebelerin yakın takibi oldukça önemlidir.

|KAYNAKLAR

1. Behr MA, Kaufmann E, Duffin J, et al. Latent Tuberculosis: Two Centuries of Confusion. Am J Respir Crit Care Med 2021; 204:142.
2. Clinicalinfo.hiv.gov. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-opportunistic-infection/whats-new-guidelines> (Accessed on August 15, 2022).
3. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, et al. Official American Thoracic Society/Centers for Dise-



- ase Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. *Clin Infect Dis* 2016; 63:e147.
4. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition. 2024.
 5. Miele K, Bamrah Morris S, Tepper NK. Hamilelikte tüberküloz. *Obstet Jineköl.* 2020; 135(6):1444-1453.
 6. Sobhy S, Babiker Z, Zamora J, Khan KS, Kunst H. Maternal and perinatal mortality and morbidity associated with tuberculosis during pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2017;124(5):727-733.
 7. Gould JM, Aronoff SC. Tuberculosis and pregnancy—maternal, fetal, and neonatal considerations. *Microbiol Spectr*
 8. Knight M, Kurinczuk JJ, Nelson-Piercy C, et al. Tuberculosis in pregnancy in the UK. *BJOG* 2009; 116:584.