



GEBELİK VE KARACİĞER

Filiz Akyüz



Gebeliğe özgü KC hastalıkları

- ✓ Primer hepatik gebelik
- ✓ Hiperemezis gravidarum
- ✓ Preeklampsi / HELLP sendromu
- ✓ Gebeliğin intrahepatik kolestazı
- ✓ Gebeliğin akut yağlı karaciği
- ✓ Hepatik hematom ve rüptür
- ✓ Hepatik infarktüs

Normal KC sahip gebelerdeki KC hastalığı

- ✓ Akut viral hepatitler
- ✓ Kolelitiyazis
- ✓ İlacı bağlı karaciğer hastalığı
- ✓ Budd-Chiari sendromu
- ✓ Karaciğer tümörleri

Kronik KC

hastalarında gebelik

- ✓ Karaciğer sirozu
- ✓ Portal hypertansyon
- ✓ Hepatit B ve C
- ✓ Primer biliyer siroz
- ✓ Wilson hastalığı

KARACİĞER



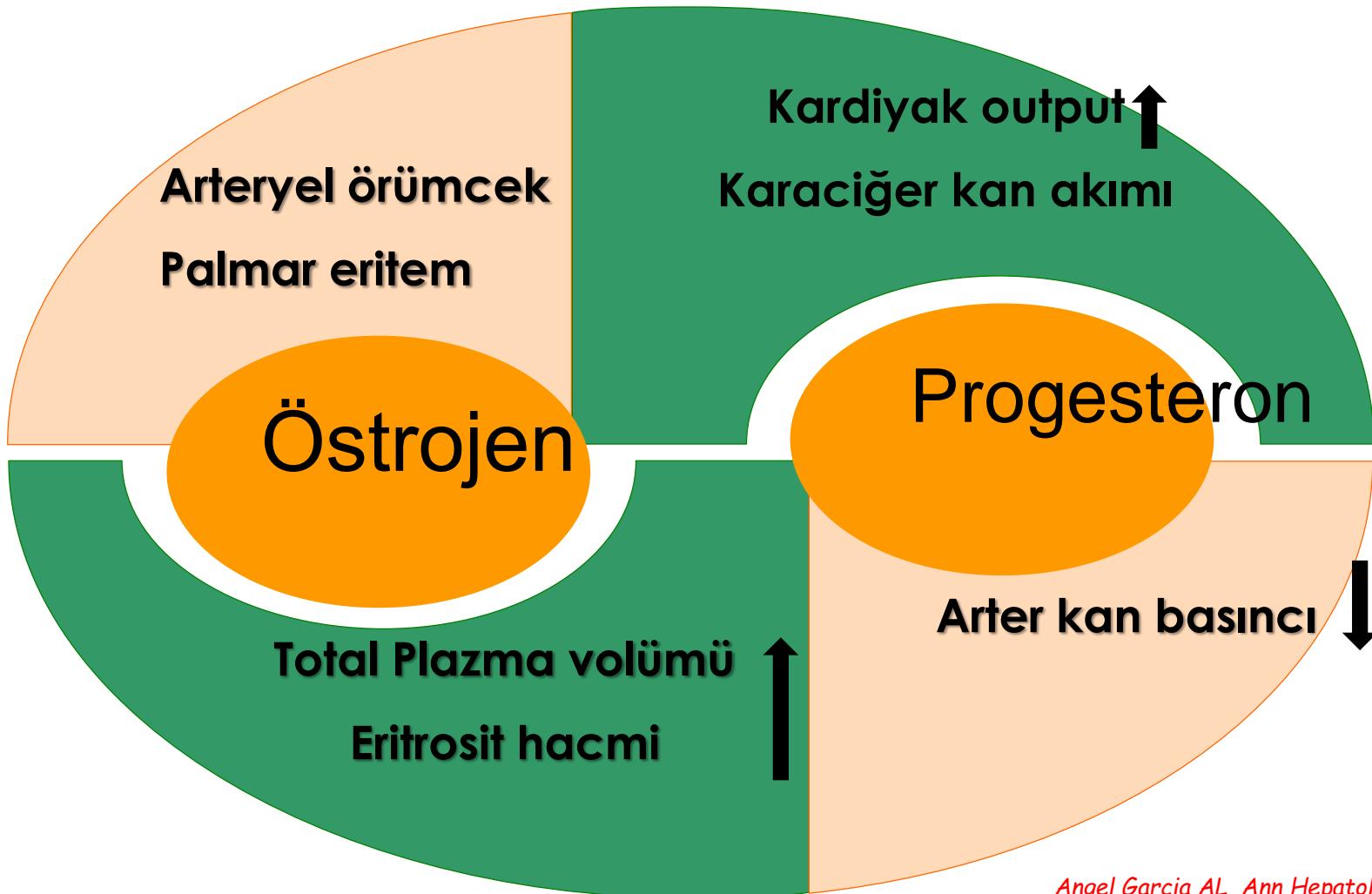
GEBELİKTE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER



- 1. Trimester da başlar,**
- 2. trimester da pik yapar**



GEBELİK - FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER



Angel Garcia AL Ann Hepatol 2006

Martin A. Gastroenterol Clin North Am 2011

PORTAL HİPERTANSİYON

P=R_XQ

Kan hacminde artış

Intrahepatik vasküler direnç ↑

- Tuz ve su retansiyonu

Dinamik Kırmızı kan hücre hacminde artış

Portal venöz akım ↑

Mekanik

Venöz dönüşte değişiklik

- Büyüyen uterusun v.cava basısı ile venöz dönüşün azalması

Splanknik vazodilatasyon

Plazma hacim artışı

Fibroz

Kardiyak output artışı

SNS

Rejenerasyon

- Kalp hızı artışı

RAS

Tromboz

- Stroke hacim artışı

ADH

Kan basıncı azalması

Vazokonstriktif faktörler

Na ve su tutulumu

- Sistemik vazodilatasyon

↑

Endotelial vazodilatasyon
Placenta dolaşımı

Östrojen
Deoksikortizon
Plasental laktogen



Sağlıklı gebelerde bile 2/3'ünde geçici
PHT'a bağlı özofagus varisi gelişebilir.

Parametre	Değişim yönü	Trimester	Etyolojisi
ALP	Artar (2-3x)	III	Plasental ve kemik izoenzim artışı
Kolesterol TGD		Postpartum 4-6. haftalarda normalleşir	Sentez artışı
Serüloplazmin	Artar		Sentez artışı
Fibrinojen	%50 artar		Sentez artışı
Globülinler	γ azalır		
Lökosit	Artar		
Albümin	Azalır		Sentez azalması Hemodilüsyon
Hb			Hemodilüsyon
Bilirubin		II - III	Sentez azalması Hemodilüsyon
Transaminazlar			
GGT		Değişmez	
5'Nükleotidaz			
PT / aPTT			
Açlık safra asit düzeyi			Valenzuela GJ, et all. Clin Chem. 1987 Bacq Y, et all. Hepatology. 1996

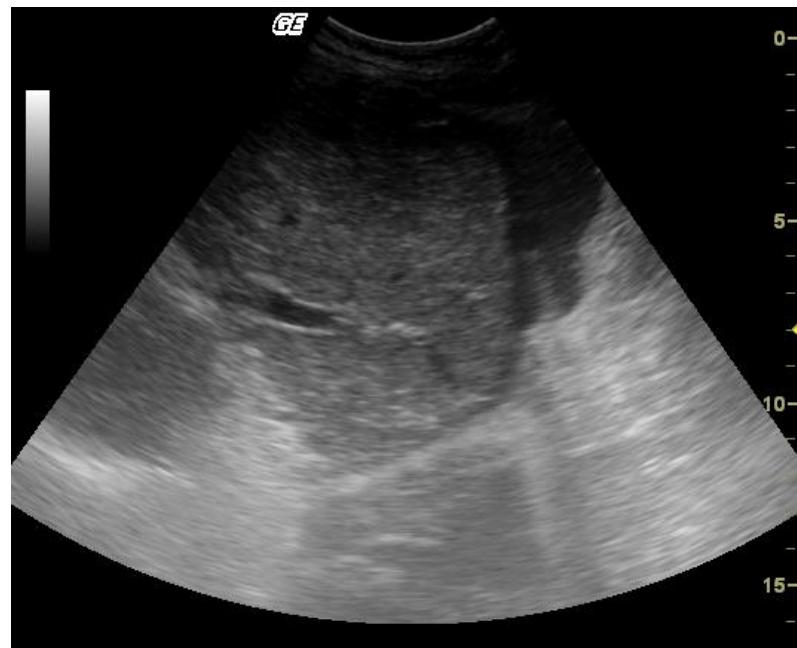
RADYOLOJİK İNCELEME

- İlk trimestrede USG tercih edilmeli
- MRI gerekli ise 2. trimesterden sonra
- BT, direkt grafi çekilmemeli



ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRME

- Karaciğer boyutu ve parankim yapısı normal
- Biliyer ağaçta dilatasyon görülmez
- **Safra kesesi açlık volümü ve kontraksiyon sonrası rezidüel volümü artar:**
 - ✓ Kese boşalımında gecikme: artmış serum progesteron düzeyi



GEBELİK & KARACİĞER HASTALIKLARI

- Tüm gebeliklerin %3'ünde karaciğer fonksiyon bozukluğu meydana gelir*

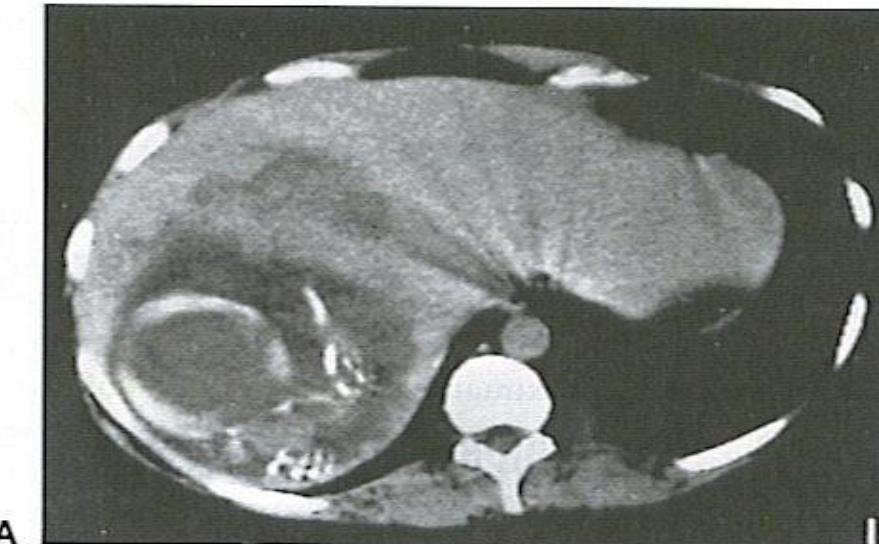


PRİMER HEPATİK GEBELİK (PHG)

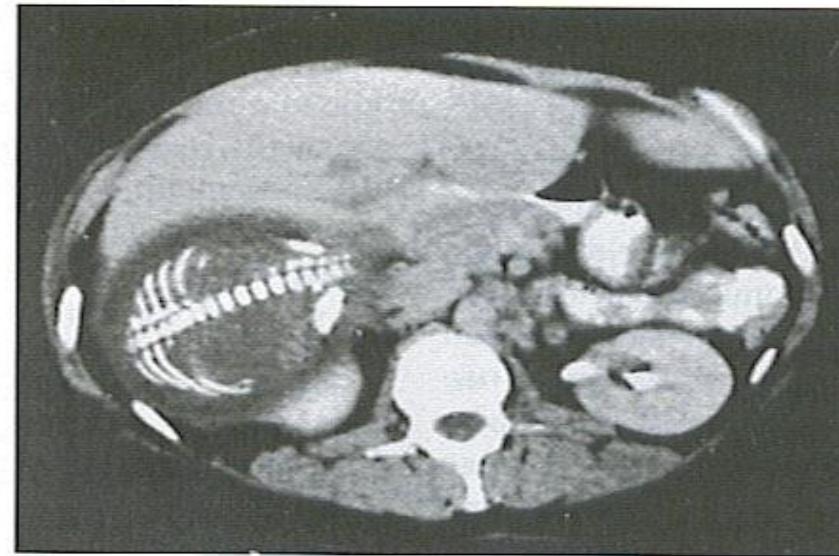
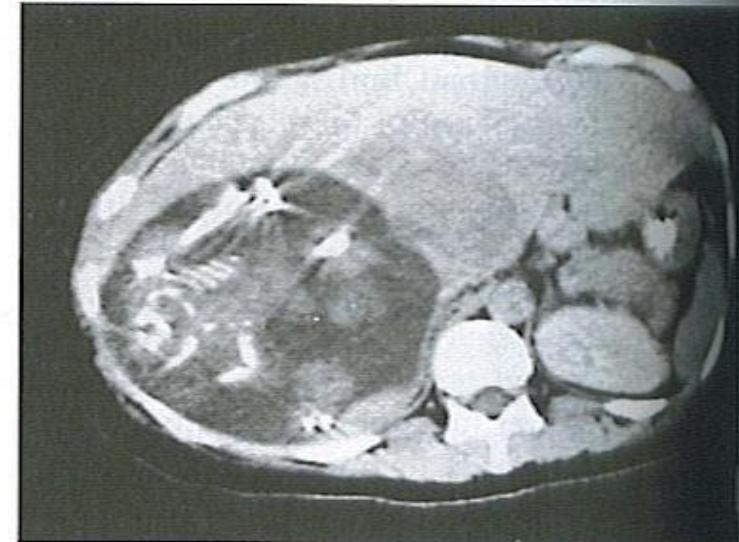
- Oldukça nadir: literatürde toplam 15 olgu
- Ektopik implantasyon bölgesi: kc sağ lob inferior yüzeyi
- Rüptür: hemoperitoneum – şok
- Rüptür öncesi tanı konuldu ise: tahliye
 - ✓ *Laparotomi / Laparoskopi*

Shippey SH, et all. Obstet Gynecol.2007

Chin PS, et all. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010



A



C

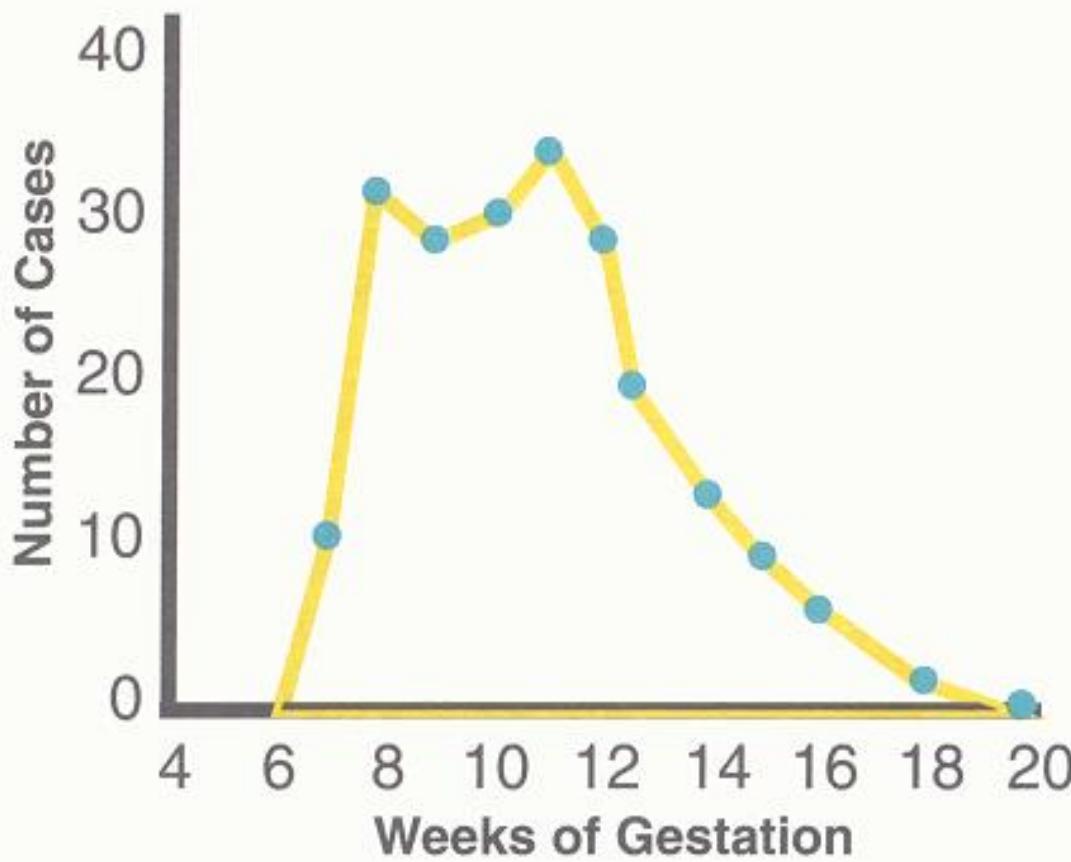
İNTRAHEPATİK GEBELİK

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

- Tedaviye dirençli,
- sıvı, elektrolit ve asid-baz dengesizliği yaratan
- IV sıvı replasmanı ihtiyacı doğuran şiddetli bulantı kusma görülür.



ADMISSION TO HOSPITAL FOR 217 PREGNANT WOMEN WITH HYPEREMESIS GRAVIDARUM



ETİYOLOJİSİ BİLİNMIYOR

Endokrin faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir

- artmış HCG,
- geçici tirotoksikoz,
- östrojen,
- plasental serum belirteçleri,
- prolaktin

Bir çalışmada hiperemesis gravidarum tanısı konulan gebelerin %60'ında sekonder depresyon saptanmış





HG - Risk FAKTÖRLERİ

- Genç anne yaşı
- Obezite
- Nulliparite
- Çoğul gebelik
- Fetusun cinsiyetinin kız olması
- Trofoblastik hastalık (molar gebelik)
- Anormal gastrik motilite
- Gebelik öncesi diyabet
- Hipertroidi
- Psikiyatrik hastalık
- Sigara kullanımı
- Spesifik besin eksiklikleri
- Lipid düzeyindeki değişiklikler
- Otonom sinir sistemindeki değişiklikler



HG – KARACİĞER TUTULUMU %50-60

- **Anne de heterozigot yağ asiti oksidasyon defekti bulunması:**
mitokondrial yağ asidi oksidasyonu kapasitesinde azalma
- **Refrakter kusma-uzamış açlık:** periferik yağ dokusunda lipolizi artırır: maternal-fetal sirkülasyonda yağ asiti yükü artar

- ✓ **Transaminazlardaki artış:** 2-10x (AST>ALT)
- ✓ **Bilirubin** düzeyi 5 mg/dl geçmez
- ✓ **Hipertroidi** birlikteliği sık; bu durumda sarılık belirgin
- ✓ **Amilaz** artabilir: tükrük kaynaklı
- ✓ **Pankreatit** nadir

Matin A, Gastroenterol Clin North Am. 2011

Hepburn IS, Dig Dis Sci. 2008

Cappel MS. Med Clin North Am. 2008

Oullaw WM. Med Hypotheses. 2005

HG - TANI

- Klinik bulgulara dayalı
- Kc bx: gerekmez
- Normal veya nonspesifik değişiklikler
 - ✓ hepatositlerde nekrotik değişiklikler
 - ✓ safra tıkaçları
 - ✓ sentrlobüler vakuolizasyon ve steatoz

AYIRICI TANI

Hepatit

Pankreatit

Gastrointestinal obstrüksiyon

Peptik ülser hastalığı

Tiroid hastalıkları

Adrenokortikal yetersizlik

HG - KOMPLİKASYONLARI

Maternal

- Wernike ensefalopatisi
- Özofageal rüptür
- Hipovolemi – ABY
- Retinal hemoraji
- Pankreatit

Fetal

- Konjenital anomalilerde hafif bir artış (*inmemiş testis, kalça displazisi*)
- Düşük doğum tartışısı
- Uzamış hospitalizasyon süresi

Chiossi G, Obstet Gynecol Surv. 2006

Liang SG, J Obstet Gynaecol Res. 2002

Hill JB. Obstet Gynecol. 2002

Pauw JD, J Parenter Enteral Nutr. 2005



HG – TEDAVİ

- Kbh oranı yüksek, yağ oranı düşük gıdalar: sık aralıklı-küçük porsiyonlar
- Akupunktur
- Zencefil: teratojenik değil, 1gr/gün emniyetli

- İV sıvı, tiamin ve folat replasmanı
- Antiemetik tedavi
- Düşük molekül ağırlıklı heparin ile proflaksi
- Nazojejunal enteral veya total parenteral beslenme

Neri I, Minerva Ginecol. 2005

Smith C, Obstet Gynecol. 2004

Yost NP, Obstet Gynecol. 2003

Vaisman N, Clin Nutr. 2004

Folk JJ, J Reprod Med. 2004



Tedavi	Önerilen Dozlar
Pridoksin (B6 vitamini)	3x25 mg/gün PO
Metoclopramide (B)	3-4x10 mg/gün PO
Prochlorperazine (C)	2x25 mg/gün PO
Prednisolone (C)	40-60 mg/gün PO (düşük dozlarda etkin olabilir etkisi düşük)
Ondansetron (B)	2x 4-8 mg/gün PO
Zencefil	1-4 g/gün (tablet, kapsül, bisküvi)

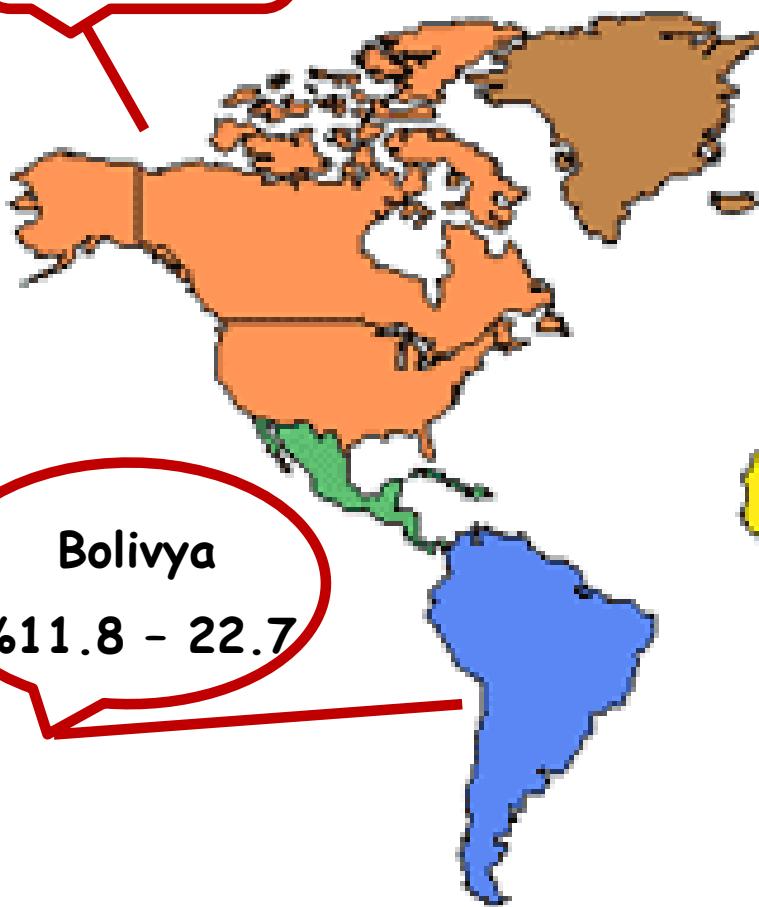
GEBELİĞİN İNTRAHEPATİK KOLESTAZİ (GİK)

- Gebelikte görülen kolesterolik ilaç hastalıkları arasında ilk sırada
- Gebelikte sarılığa yol açan nedenler arasında 2. sırada
- ***“gebelikte tekrarlayan, doğumdan sonra geçen sarılık”***



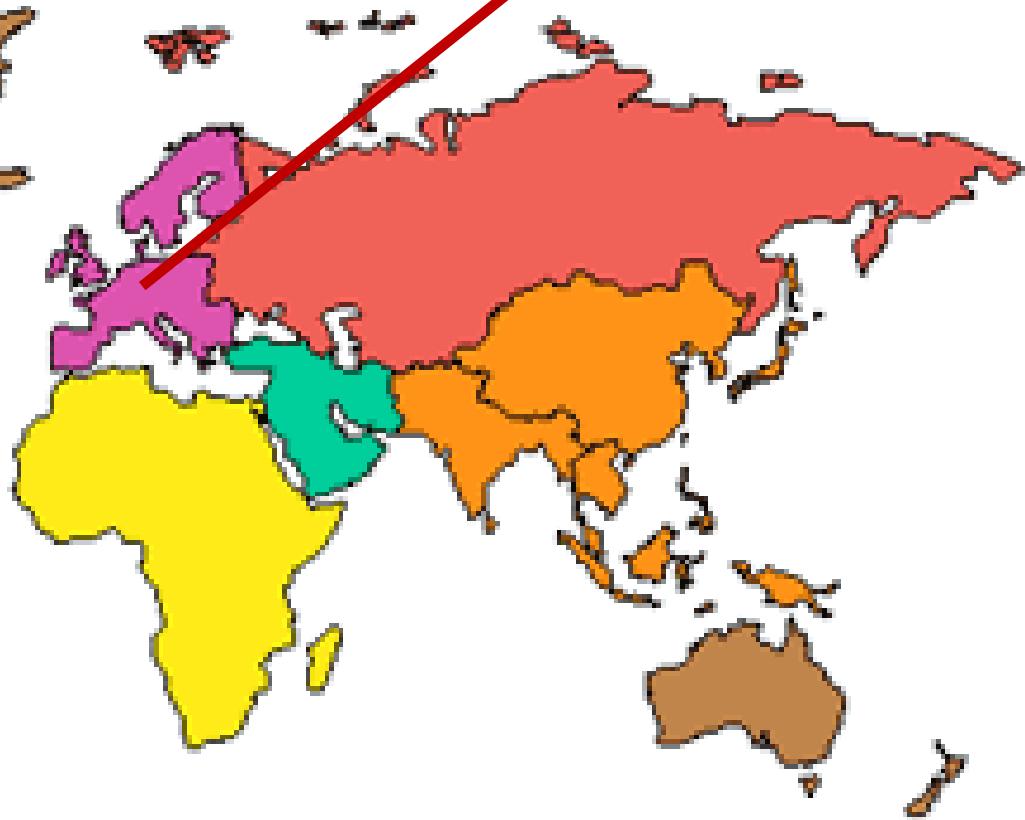
ABD

%0.3 - 5.6



Avrupa

%0.5 - 1.2



Reyes H, et all. Ann Intern Med. 1978

Lee RH, et all. J Perinatol. 2006

Geenes V, et all. World J Gastroenterol. 2009

PREDİSPOZAN FAKTÖRLER

- İkiz gebelik
- >35 yaş gebelikler
- İVF sonrası gebelik
- Uzamış bulantı-kusma
- İlaç allerjisi bulunan
- Kış mevsimi
- Kolelityazis öyküsü
- Hepatit C varlığı



HB TRANSPORT PROTEİNLERİ KODLAYAN GENLERDE MUTASYON / POLİMOFİZM



Kanaliküler Membranda Transport Bozukluğu

GIK - PATOGENEZ

Hormonal

- Östrojen (kolestatik etkisine genetik yatkınlık)
- Progesteron (disülfatlanmış metabolitleri artar)

Çevresel/Nütrisyonel

- Kış mevsiminde sık
- Selenyum eksikliği predispozisyon
 - (safra sentez ve sekresyonunda bozulma)

İnfeksiyöz

- İntestinal geçirgenlik ve bakteriyel endotoksin emiliminde artış : Kupffer hücre stimülasyonu: pro-inflamatuar sitokin yapımı artışı
- Sitokin artışı: kanaliküler transport sistem aktivitesinde azalma

Beuers U, Hepatology, 2006

Reyes H, Semin Liver Dis 1993

Huang L, Hepatology 2000

Bacq Y, J Hepatol 1995

GİK - KLINİK

- 25 – 32. GH - postpartum dönem
- Kaşıntı
- İştahsızlık
- Halsizlik
- Akolik gaita
- Steatore (Vit K eksikliği)
- Sarılık (olguların %10-25'inde kaşıntıdan 2-4 hafta sonra)



GİK – LABORATUVAR TESTLERİ

- Transaminaz düzeyinde 10 – 20 kat artış
- Bilirubin düzeyi <5 mg/dl
- GGT olguların %30'unda yüksek (*ABCB4 gen mutasyonu*)
- **Total safra asid (TSA) düzeyi >10 µmol/l**
- **Glutatyon S Transferaz (GST): Hepatoselüler hasar göstergesi**
 - ✓ Özgüllük ve duyarlılığı yüksek
 - ✓ TSA konsantrasyonu ile GST arasında pozitif korelasyon
 - ✓ TSA'dan daha önce yükselmekte: erken tanı
- **Karaciğer biyopsisi:** Zon 3 dominant intrahepatik kolestaz, inflamasyon yok.

Hay JE. *Hepatology* 2008

Dann AT, *Hepatology* 2004

GİK - PROGNOZ

Maternal

- Sekelsiz iyileşme
- Postpartum kanama: nadir
- GİK nüksü: %45-70

Fetal

- Prematüre doğum
 - ✓ Kolik asit artışı oksitosin reseptör ekspresyonunu arttırır
- Asfiksİ
- Mekonyumla boyalı amniyon
 - ✓ Kolik asit artışı kolon motilitesini arttırır
- RDS
- Ani fetal ölüm: %1-2
 - ✓ 37. GH'dan sonra
 - ✓ Kolik asit artışı sonucu aritmİ ve koriyonik venlerde vazokonstrüksiyon

GIK - TEDAVİ

Maternal semptomlarının kontrolü
Fetal sonuçların iyileştirilmesi

- UDKA: Ümit verici – 10-15 mg/kg/gün
 - ✓ Endojen safra asiti salınımını azaltır
 - ✓ Kolanjiyositler üzerinde sitoprotektif etkili
 - ✓ Hepatositleri safra asitlerinin neden olduğu apoptozdan korur
 - ✓ Trofoblastlardaki maternal- plasental safra asiti transportunu düzeltir



Bacq Y et all. Gastroenterology. 2012

Warren JE, et all. Am J Obstet Gynecol. 2005

GİK - TEDAVİ

○ Kolestiramin: 8-16 g/gün

- ✓ SA enterohepatik sirkülasyonunu bozar.
- ✓ Kaşıntıyı giderir, semptomatik düzelseme
- ✓ Steatore ve Vit K eksikliği!
- ✓ Fetal sonuçlara etkisiz!..

○ Deksametazon

- ✓ Fetal adrenal glandlardan dehidroepiandrosteron salınımını azaltarak, plasental östrojen sentezinin inhibisyonu
- ✓ Fetal akciğer gelişimini
- ✓ Kaşıntı ve transaminazlar üzerine etkisi yok
- ✓ Bilirubin ve SA düzeylerindeki azaltıcı etkisi UDKA'dan az



Bacq Y et all. Gastroenterology. 2012

Warren JE, et all. Am J Obstet Gynecol. 2005

GIK - TEDAVİ

- Antihistaminikler
- Benzodiazepinler
- Fenobarbital
- Epomediol
- S-adenozin L metionin(SAM)
- Opioid antagonistleri
- Plazmaferez



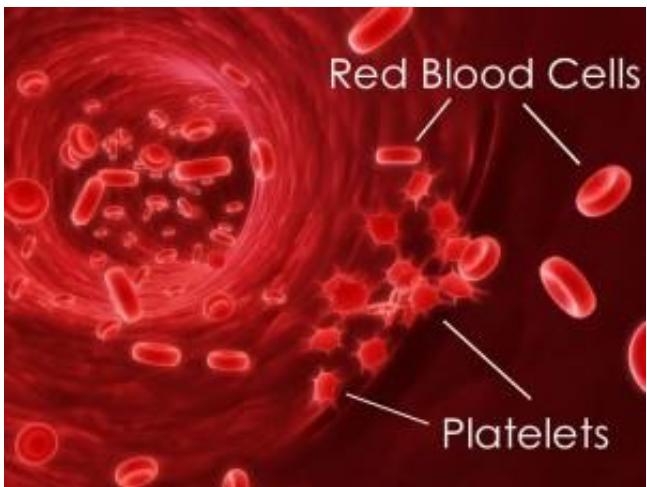
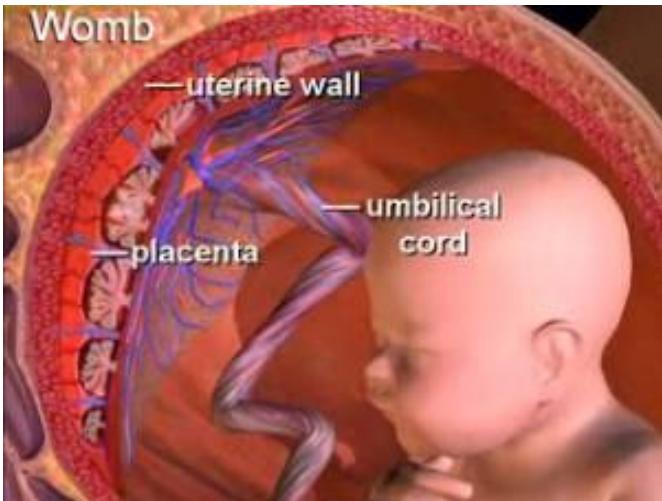
Bacq Y et all. Gastroenterology. 2012

Warren JE, et all. Am J Obstet Gynecol. 2005

PREEKLAMPSİ - EKLAMPSİ

- >20. GH: HT + Ödem+
- Proteinüri
- Tüm gebeliklerin %2-8'i
- Karaciğer tutulumu: ciddi preeklampsililerin **%10**'unda
- Karaciğer tutulumlu gebelerin **%70**'i eklampsi nedeniyle ex
- Anne yaşı (<16 ve >45),
- İlk gebelik
- Gebelik öncesi HT olması
- Çoğul gebelik
- Molar gebelik
- Obezite
- Aile öyküsü / önceki gebeliklerinde preeklampsi öyküsü





- ❖ Vazokonstrüksiyon
- ❖ Endotelyal disfonksiyon,
- ❖ Koagülasyon kaskadının aktivasyonu
- ❖ Metabolik değişiklikler
- ❖ Artmış trombosit adezyonu
- ❖ Artmış inflamatuar cevap

- ✓ Endotel bağımlı vasküler tonus kontrolünün kaybı ve vazokonstrüksiyon: **Hipertansiyon**
- ✓ Glomerüler vasküler permeabilitenin artması **Proteinüri**
- ✓ Kapiller permeabilitenin artması: **Ödem**
- ✓ Koagulasyon mekanizmasının bozulması: **DIC**

KLİNİK / LABORATUVAR BULGULARI

- Baş ağrısı
- Bulanık veya çift görme
- Epigastrik ağrı, bulantı, kusma
- Pretibial ödem
- Proteinüri ($> 300 \text{ mg/gün}$)
- Mikroanjiyopatik hemolitik anemi
- **Hiperürisemi**
- Transaminaz artışı (2-5 kat)
- Hiperbilirubinemi ($> 5 \text{ mg/dl}$, indirekt)



PREEKLAMPSİ - TEDAVİ

- Doğumun gerçekleştirilmesi
- Gebenin yakın takibi ve tedavisi
 - ✓ antihipertansif tedavi
 - ✓ antikonvülzif magnezyum sülfat
 - ✓ düşük doz aspirin
 - ✓ kalsiyum desteği
- Karaciğer fonksiyonları: postpartum dönemde spontan düzelme
- Hipertansiyon ve proteinüri: postpartum 3 ay içinde düzelme



PREEKLAMPSİ- PROGNOZ

Fetal Morbiditeleri

- Abrupsiyo plasenta
- Preterm doğum
- İntrauterin büyümeye gelişme geriliği

Maternal Morbiditeleri

- Hipertansif kriz
- Böbrek yetmezliği
- Pulmoner ödem
- Serebrovasküler olay
- Kardiyovasküler hastalıkların gelişimi açısından atmış risk

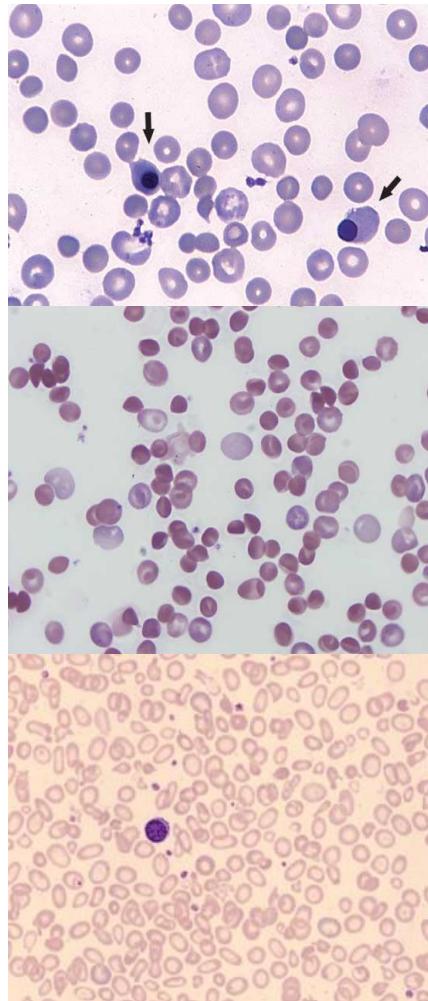
Fetal Mortalite: %1-2

Maternal Mortalite: %15-20

HELLP SENDROMU

"HEMOLYSIS-ELEVATED LIVER ENZYME- Low PLATELET"

- Ciddi preeklampsili gebelerin %5-10'unda
- 2. – 3. trimester
✓ (27-36. GH)
- ❖ Geç başlangıçlı HELLP
✓ %25 olgu
✓ Postpartum 2-7. gün
✓ Preeklamptik gebeler



- ✓ MAHA + Endotel hasarı
- ✓ Intravasküler fibrin birikimi
- ✓ PLT aktivasyonu ve tüketimi
- ✓ Intraparankimal hemoraji ve nekroz
- ✓ Artmış sinüzoidal basınç
- ✓ Subkapsüler hematom

HELLP Sınıfı	Tennessee Sınıflaması	Mississippi Sınıflaması
1	$\text{PLT} < 100 \times 10^9/\text{L}$ $\text{AST} \geq 70 \text{ IU/L}$ $\text{LDH} \geq 600 \text{ IU/L}$	$\text{PLT} < 50 \times 10^9/\text{L}$ $\text{AST} \text{ veya } \text{ALT} \geq 70 \text{ IU/L}$ $\text{LDH} \geq 600 \text{ IU/L}$
2		$\text{PLT} \geq 50 < 100 \times 10^9/\text{L}$ $\text{AST} \text{ veya } \text{ALT} \geq 70 \text{ IU/L}$ $\text{LDH} \geq 600 \text{ IU/L}$
3		$\text{PLT} \geq 100 < 150 \times 10^9/\text{L}$ $\text{AST} \text{ veya } \text{ALT} \geq 40 \text{ IU/L}$ $\text{LDH} \geq 600 \text{ IU/L}$



HELLP SENDROMU -PROGNOZ

Maternal

- DİC (%21)
- Abrupsiyo plasenta (%16)
- Akut böbrek yetmezliği (%7.7)
- Pulmoner ödem (%6)
- Subkapsüler hematom (%0.9)
- Retinal ayrışma (%0.9)
- Rekürren HELLP (%3)

Mortalite: %1-3.5

Fetal

- Prematüre doğum
- İntrauterin gelişme geriliği
- **Perinatal ölüm: %7-22**

Hepburn IS, *Dig Dis Sci.*2008

Schutt VA, *Best Pract Res Clin Gastroenterol.*2007

Martin JN, *Am J Obstet Gynecol.* 2006

Sibai BM, *Am J Obstet Gynecol.* 1993

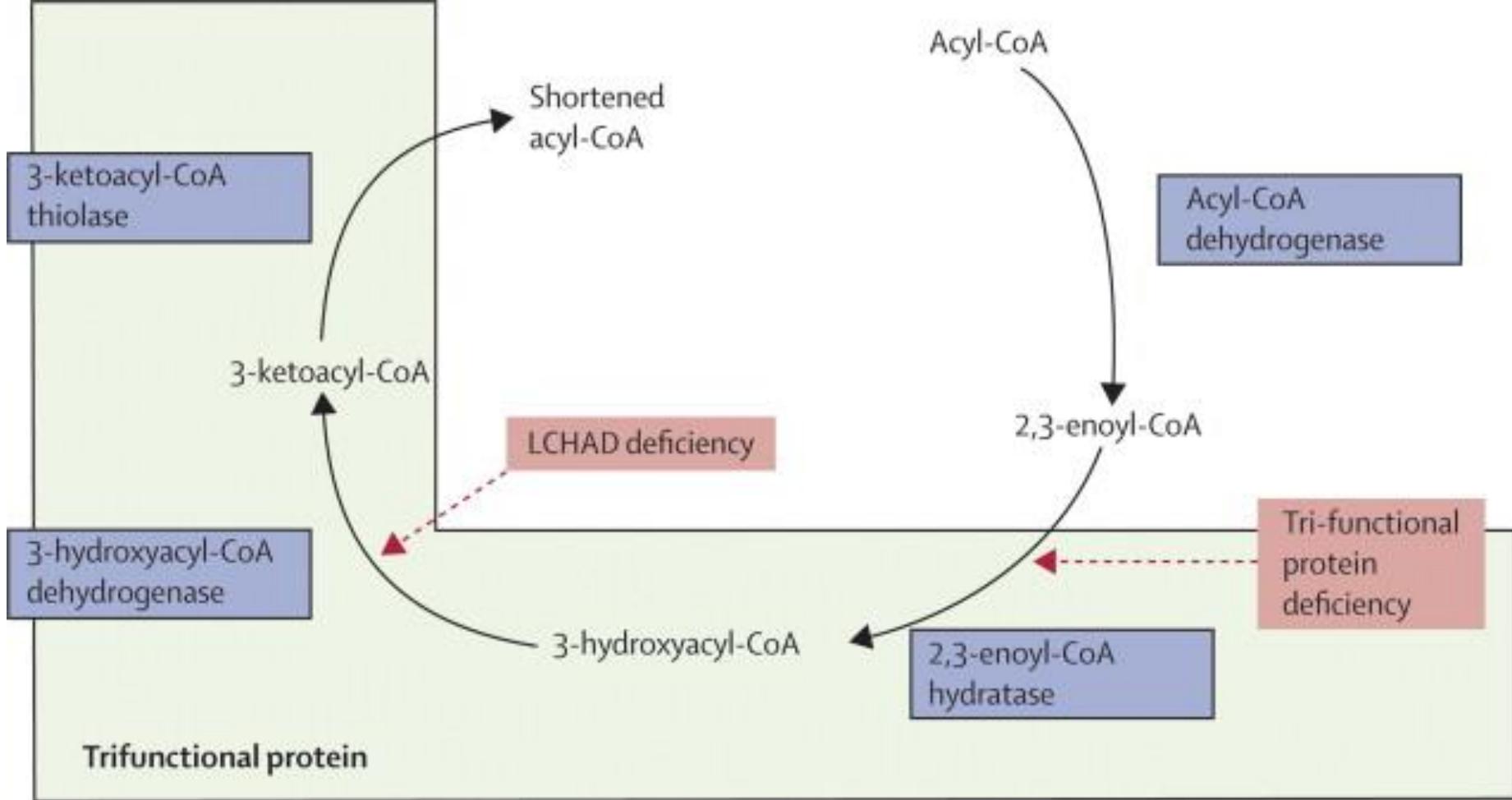
GEBELİĞİN AKUT YAĞLI KARACİĞERİ

- İnsidansı 1/10000 – 15000
- 3. Trimester
- **Predispozan Faktörler**
- Primiparlar
- Preeklampsi öyküsü olanlar
- Fetusün cinsiyetinin erkek olması
- NSAİİ kullananlar



Ibdah JA. World J Gastroenterol. 2006

Schutt VA, Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2007



GAYK - mitokondrial β oksidasyon bozukluğu ile karakterize bir
mitokondrial sitopati

“long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase (LCHAD) eksikliği

Sonuç: maternal hepatosit stresi ve mitokondriyal disfonksiyon

GAYK – KLINİK VE LABORATUVAR

- 30 ve 38. GH
- Bulantı
- Kusma
- Karın ağrısı
- Sarılık
- **Hepatik ensefalopati**
- Transaminazlar: N / 300-500 IU / 1000 IU
- Bilirubin düzeyi: < 5mg/dl
- Normositik anemi
- Lökositoz
- Hiperürisemi
- **Protrombin zamanında uzama**
- Hipoglisemi
- Laktik asidoz
- **Hiperamonyemi**



GAYK – TANI KRİTERLERİ

Swansea Diagnostik Kriterleri

Bulantı-kusma	Lökositoz ($>11000/\text{mm}^3$)
Karın ağrısı	USG'de parlak kc/asit
Polidipsi / Poliüri	Yüksek AST, ALT ($>42 \text{ IU/L}$)
Ensefalopati	Hiperamonyemi ($>85 \mu\text{g/dl}$)
Bilirubin yüksekliği ($>0.8 \text{ mg/dl}$)	Kreatinin yüksekliği ($>1.7 \text{ mg/dl}$)
Hipoglisemi ($<72 \text{ mg/dl}$)	Koagüllopati ($\text{PT}>14\text{sn}$, $\text{aPTT}>34 \text{ sn}$)
Hiperürisemi ($>5.7 \text{ mg/dl}$)	Kc biyosisinde mikroveziküler yağlanması

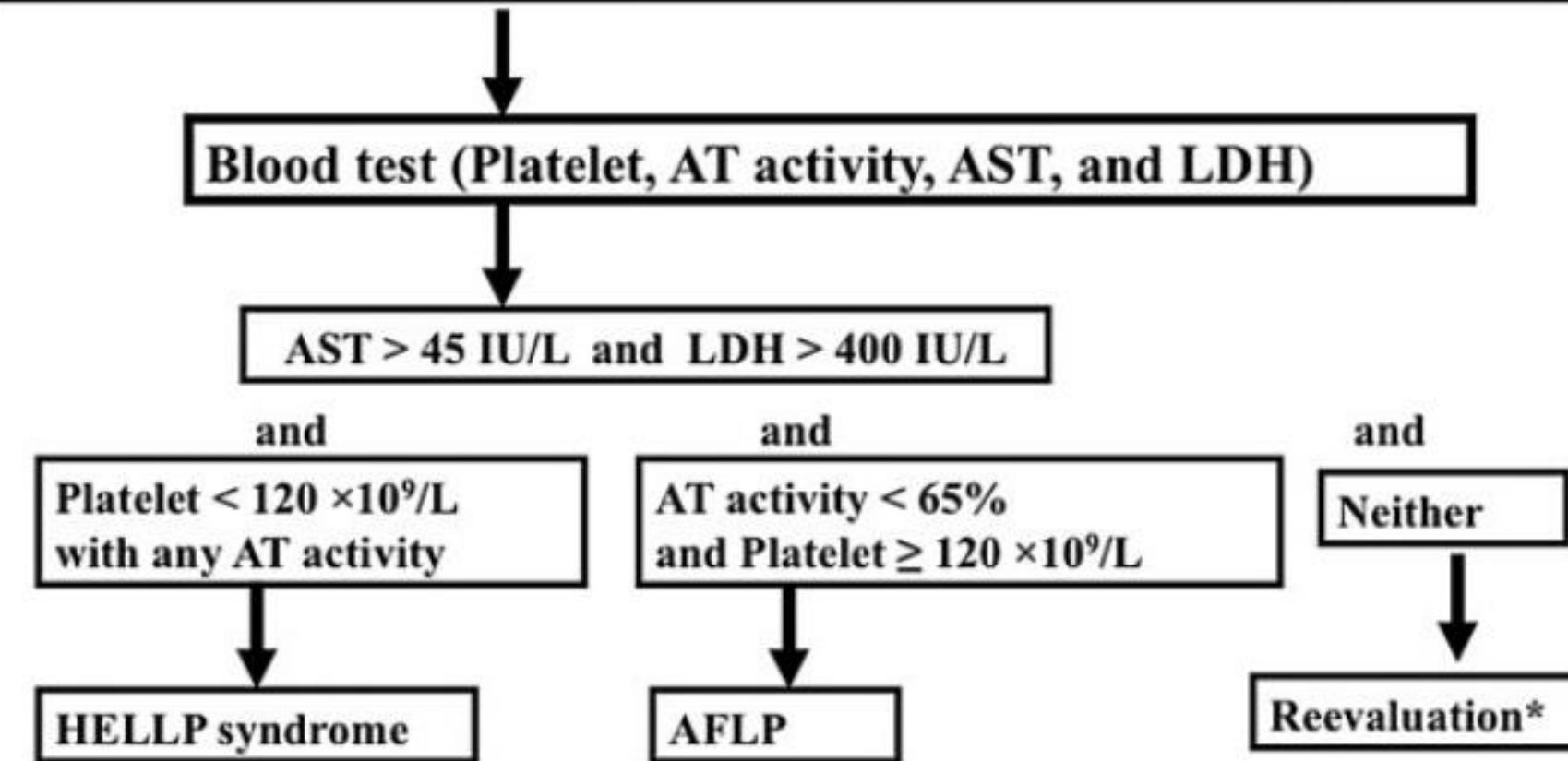


GAYK - TEDAVİ

- Primer tedavisi: acil doğum
- Genellikle postpartum 2-3. günde kc enzimleri ve ensefalopati düzelir
- Nadiren fulminan kc yetmezliği nedeniyle kc tx
- Maternal mortalite %7-18
- Fetal mortalite %9-23
- Anne LCHAD mutasyonu (+): GAYK tekrarlama olasılığı % 20-70
- Yenidoğan; hipoglisemi, kardiyomyopati, nöropati, hepatik yetmezlik ve myopati açısından araştırılmalıdır.

	HELLP	GAYK
Tüm Gebeliklerin %	0.2 -0.6	0.005 – 0.01
Trimerster	3 veya postpartum	3 veya postpartum
Aile öyküsü	Yok	Genellikle +
Preeklampsi varlığı	Var	%50
Tipik klinik özellikler	Anemi Trombositopeni	Koagülasyon boz Kc yetmezliği – HE DİC Hipoglisemi
Transaminazlar	Hafif / 10-20X	300 – 500 IU
Kc görüntüleme	İnfarkt, hematom, rüptür	Yağlı infiltrasyon
Histoloji	Yamalı-yaygın nekroz, periportal fibrin birikimi	Zon 3 mikrovesiküler steatoz
Rekürrens	%4-19	%0-25

Symptoms, hypertension, proteinuria, and/or multifetal pregnancy



Hepatik Hematom



3.Trimester – Multipar

HELLP

Preeklampsi

GAYK

Kokain bağımlılığı

Karaciğer tümörleri

Orak hücreli anemi

PAN

Hepatik adenoma

- Kan transfüzyonu

- Koagülasyon

- Laparotomi-Direnaj

- Embolizasyon

- ✓ Sağ üst kadran ve omuz ağrısı
- ✓ Rüptür sonrası hemoperitoneuma bağlı karın ağrısı ve şok
- ✓ Akut gelişen anemi
- ✓ AST>ALT ve LDH artışı
- ✓ Kolestaz enzimleri ve bilirubinlerde yükselme (hematom basisi)

HEPATİK İNFARKTÜS

- Antifosfolipid sendromlu gebelerde daha sık
- Preeklampsi seyrinde
- Klinik ve laboratuvar bulguları benzer
- Tanıda BT anjiyografi yararlı
- Acil doğum
- Hemofiltrasyon
- Kortikosteroid tedavi

J Thromb Haemost. 2003

Obstet Gynecol. 2005

J Perinat Med. 2004

KARACİĞER HASTALIĞINDA GEBELİK



- Siroz anovulatuar siklus ve değişen endokrin fonksiyonlar nedeniyle **infertilite** ile birliktedir,
- Kompanse dönemde nadiren gebelik gerçekleşebilir
- 5950 gebede 1 tanesi siroz
- Ancak nonsirotik PHT'da gebelik gerçekleşebilir

Britton RC. Am J Surg 1982;143(4):421–425.

Cheng YS. Am J Obstet Gynecol 1977;128(7):812–822.

Varma RR, et al.. Obstet Gynecol 1977;50(2):217–222.

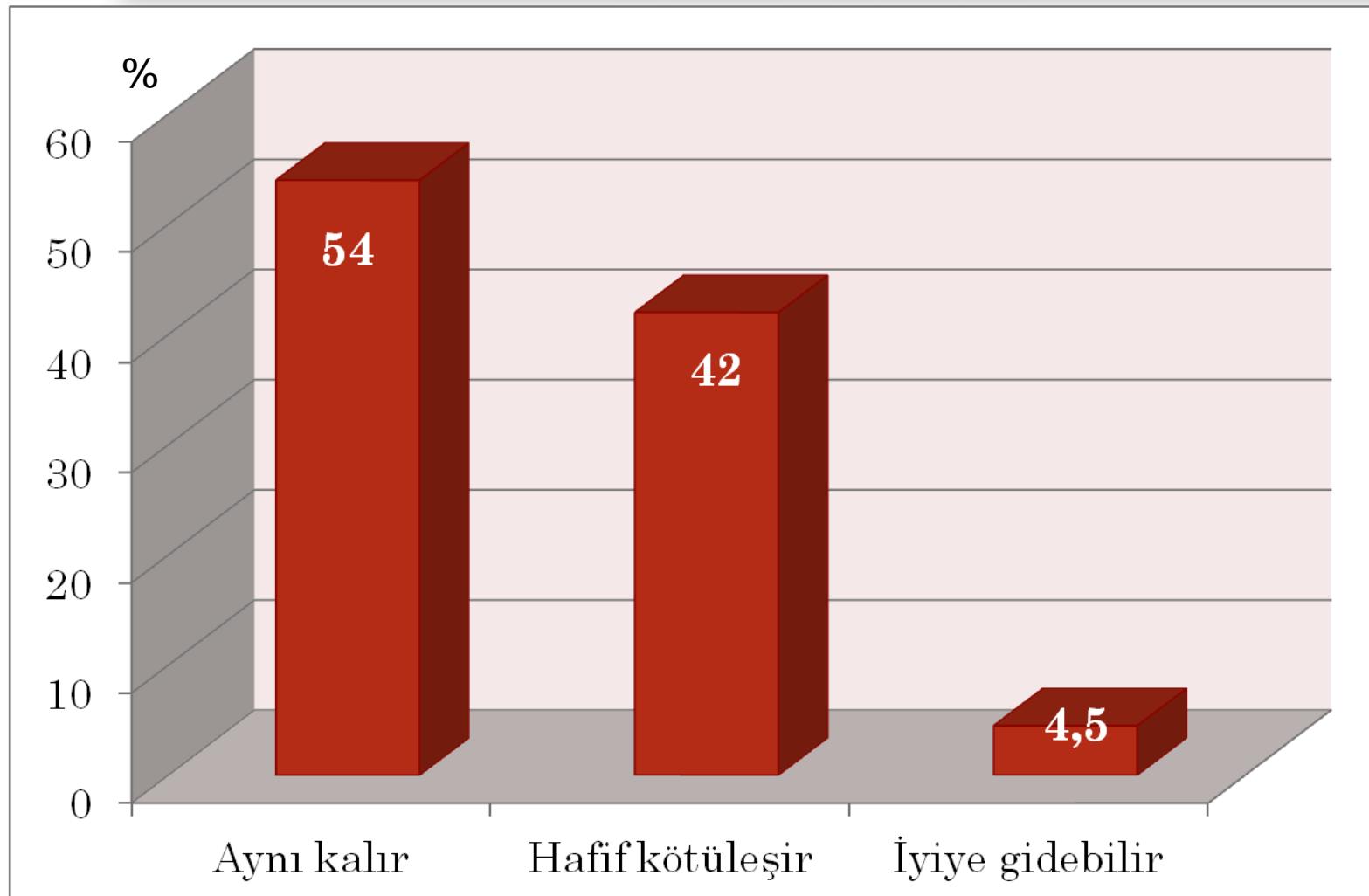
Sandhu BS, Sanyal AJ. Gastroenterol Clin North Am 2003;32(1):407–436.

Pajor A, Lehoczky D. Gynecol Obstet Invest 1994;38:45–50.

Lloyd CW, Williams RH. Am J Med 1948;4:315–330.

Aggarwal N, et al. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1999;39(4):503–506.

SİROTİK GEBELERDE KARACİĞER FONKSİYONLARI

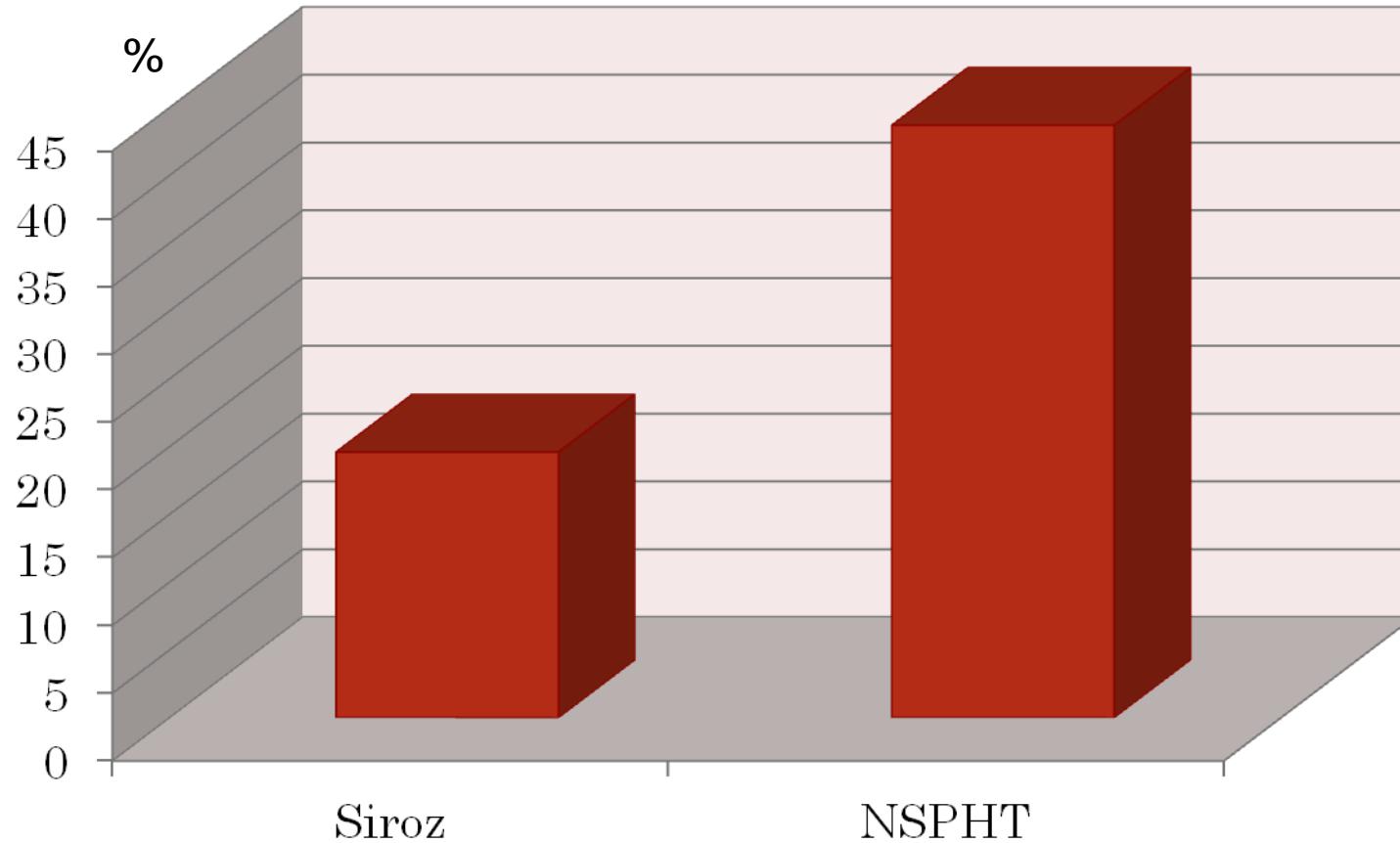


Gebelerde varis kanaması oranı %20-45

(2., 3. trimester ve doğumda kanar)

Maternal mortalite sirozda %60, NSPHT da %2-7

Kanama Oranı



PRİMER PROFİLAKSİ

- Gebelik planlayan
- Kırmızı renk bulgulu ,büyük kanama riski yüksek varisleri olanlarda band ligasyonu önerilir
- Beta bloker kullananlar gebelikte yakın takip altında olmalıdır (özellikle fetal bradikardi açısından)

Gebelik gerçekleştiğinde

- Fetal takip
- Na, su kısıtlaması
- Riskli varislerin band ligasyonu programına alınması
- B-bloker kullananlarda dikkatli fetal kardiyak kontrol yapılması



HBsAg + ANNEDEN DOĞAN BEBEK

Yenidoğan yaşı	HBIG	Aşı	Recombivax	Engerix
12 saat içinde	0.5 ml IM	İlk doz	5 µg/0.5 ml	10 µg/0.5 ml
1 aylık	-	2. doz	5 µg/0.5 ml	10µg/0.5 ml
6 aylık	-	3.doz	5 µg/0.5 ml	10 µg/0.5 ml



ÖZET

- Gebelikte gelişebilecek karaciğer problemleri yakın takip edilmeli
- GİK ve hiperemezis gravidarum genellikle selim seyirlidir
- Pratikte HELLP, eklampsi, GAYK ayırd edilmesi zor olabilir
- Bu hastalar mutlaka karaciğer nakli yapılabilecek tecrübeli hepatoloji ekibi ile birlikte takip edilmelidir
- Doğum sonrası da anne yakın takip edilmeli

