

GEBELİK ve **SİSTEMİK** HASTALIKLAR

Editörler

Tuğba GÜRBÜZ

Nur DOKUZEYLÜL GÜNGÖR

©2023 Gebelik ve Sistemik Hastalıklar

ISBN: 978-625-6429-01-7

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar(lar)ına aittir.

Editörler

Tuğba GÜRBÜZ
Nur DOKUZEYLÜL GÜNGÖR

Yayıncı

Hipokrat Yayınevi

Proje Koordinatörü

Meryem YAVUZ
(MediHealth Academy)

Grafik-Tasarım

Fatih Şamil ULUDAĞ
(MediHealth Academy)

Baskı-Cilt

Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yayın Dağ. San. Tic. A.Ş.
1250 Cadde No: 25 Ostim OSB Yenimahalle / Ankara
Sertifika No: 46821

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad.No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05-15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



Önsöz

Sevgili Meslektaşlarım,

Yoğun emeklerimizin neticesinde, günlük poliklinik rutininizin önemli bir kısmını oluşturan, gebelik takiplerimiz sırasında sıkça rastladığımız sistemik hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik güncel bilgiler ve literatürler ışığında alanında uzman çok sayıda akademisyen hocamızın yaklaşımları ile hekimlerimizin elinin altında kaynak niteliği taşıyacak bu önemli eseri ortaya koymaya çalıştık ve sonunda başardık.

Bu vesile ile “**Gebelik ve Sistemik Hastalıklar**” isimli kitabımızla, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarımıza, uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerimize ve tıp fakültesi öğrencilerimize ulaşmayı hedefledik.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarımızın, asistanlık eğitimi alan geleceğin çiçeği burnunda uzman meslektaşlarımızın, hastaların gebelik takipleri süreçlerinde karşılaştıkları sistemik hastalıklar ile ilgili okuyup yararlanabilecekleri bir kaynak olacağına inandığımız bu eserimiz tüm kadın doğum camiamıza hayırlı olsun.

Desteklerini ve fikirlerini esirgemeyen, her fırsatta yolumu aydınlatan kıymetli hocalarıma, sevgili aileme ve akademik çalışmalarım dolayısıyla zamanından çaldığım canım oğlum Sarp MirMehmet Gürbüz'e sonsuz sevgi ve teşekkürlerimle...

Saygılarımla

Doç. Dr. Tuğba GÜRBÜZ
İstanbul-2023

Yazarlar

Alev ESERCAN

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şanlıurfa

Asena AYAR MADENLİ

İstanbul İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Liv Hospital Vadistanbul Hastanesi, İstanbul

Aybike KAYA

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Ayşe Şeyma KÜÇÜKAKÇA

İstanbul Medipol Üniversitesi Çamlıca Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Bilge DOĞAN TAYMUR

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Canan SATIR ÖZEL

Göztepe Prof.Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul

Cüneyt KUCUR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İstanbul

Çiğdem KUNT İŞGÜDER

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Derya ERTEN

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

Eylem Emel ARIKAN

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Fethiye Gülden TURGUT

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul

Gamze ERDEM

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul

Gökcan ÖZTÜRK

İğdir Nevruz Erez Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İğdir

Gönül ÖZER

Memorial Şişli Hastanesi Tüp Bebek Kliniği, İstanbul

Gürkan YURTERİ

REN-TEK Hemodiyaliz Merkezi, İstanbul

Halime ÇALI ÖZTÜRK

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

İbrahim SÖYLEMEZ

Özel Muayenehane, İstanbul

İsmail DEMİR

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

Kağan GÜNGÖR

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

GEBELİK ve SİSTEMİK HASTALIKLAR

Mehmet AĞAR

Özel Muayenehane, Şanlıurfa

Mustafa AKŞAR

Bozova Devlet Hastanesi, Şanlıurfa

Müzeyyen Almora GÜLERYÜZ

Memorial Şişli Hastanesi, İstanbul

Naziye GÜRKAN

Samsun Medikal Park Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

Nil YAVUZ AY

Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Niyazi Emre TURGUT

İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Nur DOKUZEYLÜL GÜNGÖR

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Medicalpark Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, IVF Ünitesi, İstanbul

Osman Samet GÜNKAYA

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Özlem KAPLAN

Liv Vadistanbul Hastanesi Dahiliye Kliniği, İstanbul

Selçuk ÖKTEMER

Medistate Kavacık Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Serap ÇETİNER

Özel Muayenehane, İstanbul

Sezin Cansın PERÇİN KAFAOĞLU

Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Giresun

Sultan CAN

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Suna KABİL KUCUR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesi, İstanbul

Tuğba GÜRBÜZ

Medistate Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Yeşim AYL A

Kapadokya Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Nevşehir

İçindekiler

Önsöz	i
Yazarlar	iii
İçindekiler	v
Gebelik ve Diyabet	1
Gebelik ve Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	
Gebelik ve Kalp Kapak Hastalıkları	7
Derin Ven Trombozu ve Tromboembolizm	15
Gebelikte Hipertansif Bozukluklar	21
İskemik Kalp Hastalıkları ve Miyokard İnfarktüsü	31
Konjenital Kalp Hastalıkları	35
Gebelikte Kardiyomiyopatiler	43
Gebelikte Viral Hepatitler	49
TORCH Enfeksiyonları	57
Gebelik ve Dermatolojik Hastalıklar	65
Gebelik ve Endokrin Hastalıklar	
Gebelikte Tiroit ve Paratiroit Hastalıkları	81
Hipofiz Bezi ve Adrenal Bezi Hastalıkları	91
Gebelik ve Bağ Dokusu Hastalıkları	
Gebelik ve Romatoid Artrit	107
Gebelik ve Sistemik Lupus Eritematozus	115
Ailevi Akdeniz Ateşi	125
Sjögren Sendromu	131
Gebelik ve Böbrek Hastalıkları	
Gebelerde İdrar Yolu Enfeksiyonları	139
Gebelik ve Böbrek Yetmezliği	145
Gebelik ve COVID-19 Enfeksiyonu	157
Gebelik ve Kanser	163
Gebelik ve Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	
Gebeliğin Bulantı, Kusması ve Hiperemesis Gravidarum	169
Akut Yağlı Karaciğer	177
Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi	183
Gebelik ve İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları ve Pankreatit	193
Gebelik ve Akut Kolesistite Yaklaşım	203
Gebelikte Gastroözofageal Reflü Hastalığı	211
Gebelik ve Hematolojik Hastalılar	
Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi	215
Gebelik ve Megaloblastik Anemi	223
Gebelik ve Trombosit Fonksiyonları	227
Kalıtsal Koagülasyon Defektleri	231

GEBELİK ve SİSTEMİK HASTALIKLAR

Gebelik ve Nörolojik Hastalıklar

Gebelik ve Multipl Skleroz	237
Gebelikte Nöropatiler ve Baş Ağrısı.....	241

Gebelik ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı-Astım	249
Tüberküloz.....	259
Gebelikte Akut Batın.....	263
Gebelik ve Psikiyatrik Bozukluklar.....	273
Gebelikteki Sistemik Hastalıkların Neonatal Sonuçları	293
Gebelik ve Göz Hastalıkları	297
Gebelikte Aşılama	309
Gebelik ve Ağız Diş Sağlığı	315
Gebelik ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	319
Dizin.....	327

Gebelik ve Diyabet

GİRİŞ

Gestasyonel diyabet mellitus (GDM) tanımlaması literatürde ilk kez 1957'de Carrington tarafından kullanılmış olsa da 1961 ve 1964'de O'Sullivan'ın yayınları sonrası tüm dünyada yaygın kabul görmüştür. Gebelik sürecinde özellikle iki ve üçüncü trimesterlerde başlayan ve gebelik haftası ile giderek artan insülin direnci büyüyen fetüsün fizyolojik beslenme ihtiyaçlarının sağlanabilmesi için önemli ve gereklidir. Gebelikte artan insülin direnci ile birlikte, gebelikte ortaya çıkan ya da ilk kez gebelikte saptanan hiperglisemi gebelikte ortaya çıkan en sık metabolik bozukluk olup GDM olarak adlandırılır. Sedanter yaşam tarzı ve aşırı beslenmeye bağlı obezitenin epidemik bir biçimde insidansının artışı ile birlikte GDM sıklığı da artmaktadır. GDM en sık gebelik komplikasyonlarından biri olması nedeni ile ayrıca önem taşımaktadır (1).

GDM gebelikteki diyabet olgularının çok büyük bir kısmını oluştursa da gebelik öncesinde diyabeti olan kadınlar da gebe kalabilmektedir. Gebelik öncesi diyabetes mellitus (DM) tanılı bu kadınların gebelikteki diyabetine ise pregestasyonel diyabet mellitus (PGDM) adı verilmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) diyabet kılavuzu ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2021 yılı küresel verilerine göre gebelikte diyabet 20-49 yaş arası kadınların %16,7'sinde görülmekte olup bu kadınların %80,3'ü GDM'dir. Dünyada bildirilenlere benzer şekilde ülkemizde de GDM sıklığı hızlı bir artış göstermektedir. Ülkemizde 2009 yılında yapılmış TURDEP 2 çalışması verilerine göre GDM sıklığı %6,5 olarak bildirilmişken, 2019 yılında ulusal GDM sıklığını araştırmak için yapılmış TURGEP çalışması sonuçlarına göre ülkemizde GDM sıklığı %16,2 olarak bildirilmiştir (2,3).

FİZYOPATOLOJİ

Kronik insülin rezistansı zemininde beta hücresi disfonksiyonu GDM'in ortaya çıkışının nedenidir. Kronik insülin direncindeki artışla birlikte beta hücre disfonksiyonu artış göstermektedir. Genetik, epigenetik ve çevresel faktörler tip 2 DM'da olduğu gibi GDM ortaya çıkmasından da sorumludur. İnsülin direncini oluşturan mekanizmalar da tip 2 DM'dakilere benzer olup aşağıda sıralanmıştır:

- Karaciğerde glukoneogenezin artması ve toklukta da baskılanamaması,
- İskelet kası düzeyinde ortaya çıkan insülin direnci,
- Adipoz doku ve hormonlarının disfonksiyonu, leptin artışı ve leptin direnci, adiponektin düzeylerinde azalma
- Bağırsak mikrobiyatasındaki değişiklikler,
- Yukarıda sıralanan bu faktörlerin yanında aşırı beslenmenin ve yağ dokusu artışının yani obezitenin de ortaya çıkması ile başlayan inflamasyon ile artan insülin direnci tip 2 DM ile benzeşen fizyopatolojisidir.

Gebelikteki hormonal değişikliklerin ve plasental hormon ve büyüme faktörlerinin de GDM ortaya çıkışında rolleri vardır (4).

Gebelik ve Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Derin Ven Trombozu ve Tromboembolizm

GİRİŞ

Kalıtsal trombofililer, tromboembolik olayların riskini artıran genetik durumlardır. Gebelik sırasında, koagülasyon faktörlerindeki fizyolojik değişimlerin oluşturduğu hiperkoagülabilité bu kalıtsal hastalıklardaki trombojenik potansiyeli güçlendirir. Bunlardan en muhtemel sonuçlar; maternal derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner embolizm (PE) olup arteriyel tromboz nadirdir.

Kalıtsal trombofililer-En sık görülenler

- Faktör V Leiden (FVL) varyantı
- Protrombin G20210A varyantı
- Protein S eksikliği
- Protein C eksikliği
- Antitrombin (AT) eksikliği

Faktör V Leiden ve protrombin G20210A varyantı (protrombin gen mutasyonu da denmektedir) beraberce beyaz ırkta bulunan kalıtsal (primer) hiperkoagülabilité durumlarının %50-60'sını oluştururlar. Kalan kısmını da protein S, C ve antitrombin eksiklikleri oluşturmaktadır. Her ne kadar bu durumlar beyaz ırkın yaklaşık %10'unda bulunsa da maternal venöz tromboembolizm (VTE) vakalarının en az yarısından sorumludur. Ayrıca beyaz ırkta kalıtsal trombofililer prevalansı etnik kökene göre de değişmektedir. **Tablo 1**'de VTE riskine göre kalıtsal trombofililer verilmiştir.

Tablo 1. Venöz tromboembolizm riskine göre kalıtsal trombofililer		
Düşük risk		
Faktör V heterozigot	Protrombin G20210A heterozigot	Protein C veya S eksikliği
Yüksek risk		
Antitrombin eksikliği	Faktör V Leiden homozigot	Protrombin G20210A homozigot
		Faktör V Leiden ve protrombin G20210A heterozigot

Maternal VTE riski

Tüm gebe hastalarda risk zaten koagülasyon sistemindeki fizyolojik değişimlerden, uterusun alt ekstremitelere yaptığı bası sonucu oluşan geniş variköz venler veya sağ iliak arterin sol iliak vene kompresyonu gibi fiziksel değişimlerden veya hareketliliğin azalması ve doğumda özellikle de sezaryende oluşan vasküler hasarla artmaktadır. Ama risk yakın zamanda geçirilen ameliyat, 35 yaş üzeri olmak, obezite, sigara ve hareketsizlikle daha da artacaktır. Yine de VTE genel riski yaklaşık 1000'de 1 kadardır.

Kalıtsal trombofilili gebelerde VTE riskini etkileyen 2 ana faktör vardır:

1. Yüksek riskli kalıtsal trombofililer varlığı
2. Daha önceden kendisi veya birinci dereceden yakınının VTE geçirmiş olması (1)

Gebelikte Viral Hepatitler

GİRİŞ

Tüm dünyada yaygın olarak görülen viral hepatitler, gebelikte sarılığın en sık nedeni olup, hepatit A, B, C, D ve E virüslerini kapsamaktadır. Bu virüslerin kuluçka süreleri değişken olup, semptomatik özellikleri benzerlik göstermektedir. Hastalar genelde sarılık, halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma, anoreksi ve sağ üst kadranda ağrısıyla başvurmaktadır.

Ayırıcı tanı için, akut ve kronik enfeksiyona yönelik serolojik testler yapılmaktadır. Klinik yönetimlerinde çoğunlukla konservatif tedavi yeterli olmaktadır. Hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve hepatit D virüsü (HDV) kronik enfeksiyonlarla ilişkilidir ve viral hepatitten kaynaklanan ölümlerin %96'sına tekabül eder (1).

Hepatit E enfeksiyonu haricinde diğer hepatit enfeksiyonlarının seyri gebelikten etkilanmemektedir. Hepatit E enfeksiyonunun neden olduğu viral hepatit ise gebelikte daha şiddetli bir seyir göstermektedir (2).

HEPATİT A

Hepatit A virüsü (HAV); picornavirüs ailesinden, 27 nm boyutunda RNA virüsü olup, dünya çapında akut viral hepatitin en yaygın nedenidir (3). Endemik bölgelerde, enfeksiyon tipik olarak çocuklukta ortaya çıkar, ancak büyük ölçüde asemptomatik seyretilmektedir. HAV aşısının yapılmadığı durumlarda, sosyoekonomik koşullar iyileştikçe ve çocukluk döneminde virüse maruz kalma olasılığı azaldıkça, üreme çağındaki kadınların HAV'a karşı duyarlılığı artmakta, dolayısıyla gebelik sırasında HAV enfeksiyonu insidansı artış göstermektedir.

HAV, kanda veya dışkıda bulunmakta ve yüksek derecede bulaşıcı özellik göstermektedir. Yayılma, yakın kişisel temas, kontamine yiyecek veya su yoluyla meydana gelmektedir. Akut HAV enfeksiyonu genellikle kendi kendini sınırlar ve kronik hastalığa yol açmaz (3).

İnkübasyon süresi yaklaşık 14-50 gün arasında olup, genelde hastalar yorgunluk, ateş, bulantı, kusma ve anoreksi ile başvurmaktadır. Bunları takiben hastada kolestaz bulguları olan sarılık, akolik dışkı, koyu renkli idrar semptomları görülmeye başlamakta ve hepatosplenomegali gelişmektedir. Kan ve feçeste HAV'ın saptanması ilk enfeksiyondan 10-12 gün sonra mümkündür (3). Laboratuvar testlerinden transaminazlar (ALT, AST) sarılık görülmeden önce pik yapar, ancak tanı için en yaygın kullanılan test serum HAV immünooglobulin (Ig) M antikorlarıdır (4). Yaklaşık 1-2 haftada HAV IgM pozitifleşir ve yaklaşık 14 hafta pozitif kalmaktadır. Virüse maruziyetten 35-40 gün içinde HAV IgG antikorları ortaya çıkar ve iyileşme sonrası HAV IgG üretimi ile ömür boyu bağışıklık kazanılır (3).

Gebelikte HAV genellikle sınırlı bir enfeksiyon tablosuna neden olur ve kronikleşmez. Tanısı için normal popülasyonda yapıldığı gibi HAV IgM ve IgG bakılmaktadır. Hamileliğin HAV enfeksiyonunun seyri üzerinde bilinen bir olumsuz etkisi yoktur. Bununla birlikte, hamilelik sırasında enfeksiyon, daha yüksek maternal komplikasyon riski ile ilişkilendirilebilir ve üçüncü trimesterde ciddi karaciğer fonksiyon bozukluğu

Gebelik ve Bağ Dokusu Hastalıkları

Gebelik ve Romatoid Artrit

GİRİŞ

Romatoid artrit (RA), yaklaşık %0,5-1,0 prevalansı ile en yaygın otoimmün hastalıklardan biridir. Kadınlarda erkeklerden üç kat daha sık görülür ve en sık da doğurganlık çağındaki kadınları tutar. RA aynı zamanda sistemik bir hastalıktır. Patogenezinde otoantikorlar, proinflatuar mediatörler ve dolaşımdaki immün hücreler yer alır. RA'li birçok hastada, hastalık aktivitesi hamilelik sırasında iyileşir. Bununla birlikte, hamilelik sırasında RA'i alevlenen hastalarda, hem hastalık kontrolünü sağlamak hem de potansiyel fetal toksisiteyi en aza indirecek şekilde tedaviyi yönetmek güçtür. Bu nedenle doğurganlık, aile planlaması, hastalık aktivitesinin kontrolü ve doğum sonrası sonuçlar tartışılması gereken önemli konulardır. Gebe kalma ve hamilelik sırasında RA'nın yönetimi, romatologlar ve doğum uzmanları ile beraber multidisipliner bir şekilde yapılmalıdır.

ROMATOİD ARTRİTİN FERTİLİTE ÜZERİNE ETKİSİ

Çocuk doğurma potansiyeli olan hastalarda, RA tedavisi devam ederken gebelik isteğine göre tedavi şekillenenmelidir. Şu anda hamilelikle ilgilenmeyen ancak gelecekte hamile kalmak isteyen kadınlara, RA tedavisi için kullandıkları ilaçların potansiyel güvenliği, riskleri veya teratojenitesi hakkında uygun şekilde danışmanlık verilmelidir. Bu nedenle kontrasepsiyon öncesi hasta bilgilendirilmeli ve kişiye özel hale getirilmelidir.

Birkaç çalışma, RA'li kadınların sağlıklı kontrollere göre daha az çocuk sahip olduğunu ortaya koymuştur (1). RA'li kadınların, RA olmayan kişilere göre daha zor gebe kaldıkları ve gebelik için daha fazla tedavi gerektirdiği gösterilmiştir (1). RA'li kadınlar üzerinde yapılan gözlemsel bir çalışmada, daha fazla çocuk sahibi isteyen kadınların %55'inin, istenenden daha az çocuğa sahip oldukları görülmüştür (2). Bunun nedeni romatoid artrit veya RA'te kullanılan ilaçların bebek üzerinde olumsuz etkisinin olabileceğinin düşünün kadınların bu olaylardan etkilenmesi ve daha zor gebe kalmalarıdır. Doğal olarak fertile oranları RA'te düşük bulunmuştur ancak spontan veya elektif düşüklerin sayısında bir fark saptanmamıştır (2).

RA'li kadınların infertilitesinden bazı faktörler sorumlu tutulmuştur. Bunlar RA'in değiştirdiği bazı sitokinlerdir. Embriyonun implantasyonunda önemli role sahip olan bu sitokinler: Tümör nekroz faktör, interlökin-1 (IL-1), IL-6, IL-11, epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörü- beta'dır (3).

Kronik NSAID kullanımı da anovulasyon ve subfertilite ile ilişkilendirilmiştir. prostaglandinlerin sentezine müdahale eden NSAID'ler, matür ovumun oluşmasına da müdahale eder ve ovulasyon yetersizliğine yol açar (4). NSAID kullanımı ayrıca blastosist implantasyonunu da bozabilir. Şiddetli RA olanlarda NSAID'lerin kesilmesinden kısa bir süre sonra başarılı konsepsiyon olması NSAID'lerin geri dönüşümlü bir etki yaptığını gösterir .

Prednizon gibi glukokortikoidlerin doğurganlık üzerinde birçok etkisi vardır ve bu nedenle gebe kalmak isteyen RA hastalarında kullanımı en aza indirilir. Glukokortikoidler, hipotalamus-hipofiz-over eksenini geçici olarak baskılar ve over üzerine direkt etki ederler. Yapılan çalışmalarda anti-müllerian hormonunun (AMH), RA hastalarında sağlık-

Gebelik ve Böbrek Hastalıkları

Gebelik ve Böbrek Yetmezliği

Bu bölümde gebelikte meydana gelen akut böbrek hasarından ve kronik böbrek hastalarında gebelikten bahsedilecektir.

GEBELİKTE AKUT BÖBREK HASARI

Akut böbrek hasarı (ABH), üre ve diğer azotlu atık ürünlerin birikmesiyle sıvı ile elektrolit dengesinde bozulmalara neden olan böbrek fonksiyonunun ani kaybıdır. Genel popülasyonda ABH na yol açan nedenlerden kaynaklanabileceği gibi gebeliğin her trimesterine ait nedenler de mevcuttur.

ABH tanımını standardize etmek için kullanılan RIFLE ve AKIN kriterlerinin gebelikte kullanılıp kullanılmayacağı tartışmalıdır. Çünkü gebelik sırasında glomerüller filtrasyon hızı yaklaşık %50 artarak gebelerde bazal kreatinin değerlerinin düşmesine neden olur. Bu nedenle görünüşte normal olan serum kreatinin değerleri(0.7-0.9) önemli artışları gösteriyebilir.

Epidemioloji

Gelişmiş dünyada nadirdir; 20.000 gebelikten sadece yaklaşık 1 tanesinde renal replasman tedavisi gerektirecek kadar şiddetli ABH ortaya çıkar(1). Doğum öncesi bakımın daha az olduğu ve yasa dışı kürtaj yapılan ülkelerde görülme sıklığı daha yüksektir (2).

Etiyolojiler

Gebelik sırasında ABH'nin en yaygın nedenleri trimestere bağlıdır.

Erken Dönem

1. Hiperemezis gravidarum'a bağlı prerenal hastalık
2. Septik düşükten kaynaklanan akut tübüler nekroz (ATN)
3. Viral (örn. grip) veya bakteriyel enfeksiyon ve/veya sepsis ile ilişkili ABH

Gebeliğin İlerleyen Dönemlerinde veya Doğum Sonrasında

1. Şiddetli pre-eklampsi
2. HELLP (Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes, Low Platelet) sendromlu şiddetli preeklampsi
3. Trombositopenik purpura (TTP; edinilmiş veya kalıtsal) veya kompleman aracılı trombotik mikroanjiyopati (C-TMA) dâhil trombotik mikroanjiyopati
4. Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (GAYK)
5. ATN veya kanama ile ilişkili akut kortikal nekroz (plasenta previa, plasenta dekolmanı, uzamış intrauterin fetal ölüm veya amniyotik sıvı embolisi)
6. Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlarla (NSAİİ'ler) ilişkili

Gebelik ve Gastrointestinal Sistem Hastalıkları

Gebeliğin Bulantı, Kusması ve Hiperemesis Gravidarum

GİRİŞ

Gebeliğin bulantı, kusması (GBK) gebelikte en sık görülen şikayetlerdendir. Bulantı prevalansı %50-80, öğürme ve kusma prevalansı yaklaşık %50 olarak bildirilmiştir (1). Olguların sadece %17'sinde bulantı kusma "morning sickness" sabah hastalığı şeklindedir. Sıklıkla 4-6 hafta civarında başlar, 8-12 haftalarda pik yapar ve 16-20. haftalarda son bulur. Gebeliğe bağlı bulantı kusmanın sonraki gebeliklerde tekrarlama olasılığı %15-80 arasında değişmektedir. Bu duruma sahip kadınların yaklaşık %35'inde bulantı ve kusma çalışma gücü kaybına ve aile ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olacak kadar şiddetli olabilir. Hastaların küçük bir azınlığında semptomlar dehidratasyona ve hastaneye yatış gerektiren kilo kaybına yol açar. Ağır bulantı kusmalar Hiperemesis gravidarum olarak adlandırılan duruma ilerleyebilir. Rapor edilen hiperemesis gravidarum insidansı %0,3 ila 1,0'dır; bu durum inatçı kusma, kilo kaybı, ketonüri, elektrolit anormallikleri ve dehidratasyon ile karakterizedir. Hastaların bulantı-kusma şiddetini ve bu durumdan etkilenen hayat kalitesini değerlendirmek için PUQE index (Pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) **Tablo 1** geliştirilmiştir (2).

Tablo 1 Modifiye PUQE Skorlaması				
Bir günde ortalama ne kadar bulantı ve mide rahatsızlığı hissediyorsunuz?				
Hiç	≤1 sa	2-3 sa	4-6 sa	>6 sa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bir günde ortalama kaç kez öğürme ve kusma oluyor?				
≤7 kez	5-6 kez	3-4 kez	1-2 kez	Kusma yok
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Bir günde ortalama kaç kez öğürme veya bir şey çıkarmadan kırı kısma var?				
Yok	1-2 kez	3-4 kez	5-6 kez	≥7 kez
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Üç sorunun toplam puanı: ≤6 ise hafif GBK, 7-12 ise orta GBK, ≥13 ise ağır GBK olarak değerlendirilir.				
GBK: Gebeliğe bağlı bulantı ve kusma				

Kadının semptomların şiddetine yönelik algısı ve tedavi isteği klinik tedavi kararını etkiler. Şikayete yönelik erken tedavi bulantı kusmanın Hiperemesis Gravidarum'a (HEG) ilerlemesini engelleyebilmektedir.

HEG klinik tanısı benzer semptomlara sahip diğer hastalıkların ekarte edildiği tipik prezentasyonu tanımakla konur. En sık görüldüğü kabul edilen kriterler, başka bir hastalığa bağlanamayan inatçı kusmalar, akut açlık bulguları (ketonüri+++ ve gebelik öncesi kilonun %5'inden fazla kaybıdır. Tiroid, karaciğer fonksiyonlarında bozulmalar ve elektrolit imbalansı görülebilir.

Gebelik ve Hematolojik Hastalılar

Gebelik ve Trombosit Fonksiyonları

GİRİŞ

Gebelik dönemi, gelişen ve büyümekte olan fetal- plasental yapıya adapte olmak için, kadının organ sistemlerinde belirgin değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Gebelikte fizyolojik hematolojik değişimler ise:

1. Plazma volümünün genişlemesi
2. Hafif trombositopeni
3. Prokoagülan faktörlerin artması
4. Naturel antikoagülanların azalması
5. Fibrinolizin azalmasıdır.

Gestasyonel dönemde trombositler 80.000-149.000/microL arasındadır. Bu değer altı ağır trombositopenidir ve hematolojik konsültasyon gerektirir. Yeni başlayan bir trombozitoza sık rastlanmasa da 500.000/microL in üzerindeki değerler hematolojik muayeneyi gerektirir.

Gebelik ilerledikçe fizyolojik olarak trombosit sayısı azalır. Ama çoğunlukla 150.000 ile 450.000 /microL arasındadır (1). Komplike olmayan bir gebelikte sıklıkla platelet sayısı 100.000/microL üzerindedir. Postpartum birkaç hafta sonra da gebelik öncesi değerlerine döner .Orta veya ağır trombositopenide değer 100.000/microL altındadır. Nadir de olsa acil bir durumdur. Bunun nedeni olabilecek durumlar ise:

1. Immün trombositopeni (ITP)
2. Preeklampsi
3. Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu +sepsis
4. HELLP sendromu (Hemoliz, Karaciğer enzim yüksekliği, düşük platelet)
5. Otoimmün veya herediter trombotik trombositopenik purpura (TTP)
6. Antifosfolipit sendromu
7. İlaç kaynaklı trombositopeni
8. Komplement-mediated trombotik mikroanjiopati (CM-TMA)

Koagülasyon- Fibrinolizis-Hemostaz Sistemi

Pıhtı oluşumu, koagülasyon faktörleri, platelet ve vasküler endotelyum komplekslerinin etkileşimi sonrasında gerçekleşir. Fibrinolitik sistem ise fibrini uzaklaştırarak pıhtının çözülmesi yoluyla aşırı koagülasyonu engellemiş olur. Gebelikte tromboza eğilim vardır yani tromboembolik komplikasyonlara çok sık rastlanır (2,3). Hemostatik ve fibrinolitik sistem arasındaki denge ile doğum esnasında plasental seperasyonun aşırı kanamaya yol açması engellenmiş olur.

Gebelikte koagülasyon faktörlerinde değişiklikler olsa da, gebelik sırasında bunların laboratuvar testleri rutin olarak istenmez ve bakılmaz. Koagülasyon faktörlerindeki değişiklikler şunlardır:

1. Prokoagülasyon faktörleri olan fibrinojen ,faktör 2 ,7, 8, 10,12 %20-200 oranında artar (3).

Gebelik ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Tüberküloz

GİRİŞ

Tüberküloz (TB) hastalığı en çok akciğerleri tutmakla birlikte tüm organ ve sistemleri tutabilen bir klinik durumdur. TB hastalığının, kadın sağlığı ve doğurganlık üzerine ciddi etkileri görülmekte, gebelikte oluşabilecek perinatal riskleri bulunmaktadır. Gebelikte TB zamanında teşhis ve tedavi edilmezse hem anne hem de fetus için önemli bir morbidite riski oluşturur. TB hastalığı, *Mycobacterium tuberculosis* kompleks basilleri tarafından oluşmaktadır. TB hastasından hava yolu ile sağlam kişiye bulaşmaktadır (1). En bulaştırıcı hastalar; balgam mikroskopisinde aside rezistan basil (ARB) pozitif, kaviteli akciğer ve larinks tüberkülozu olan hastalardır. Yayma negatif tüberküloz hastalarının bulaştırıcılığı daha azdır (2).

PROGNOZ

TB'nin gebelik üzerindeki etkileri, hastalığın şiddeti, tanı anında gebeliğin ne kadar ilerlediği, ekstrapulmoner yayılım varlığı, HIV enfeksiyonu varlığı, uygulanan tedavi de dahil olmak üzere birçok faktörden değişebilir. En kötü prognoz HIV enfeksiyonu olanlarda ve puerperiumda ileri hastalık tanısı konan kadınlarda kaydedilmiştir. Tedavi uyumsuzluğu da prognozu kötüleştiren faktörlerdendir (3). Bu kadınlarda bildirilen obstetrik komplikasyonlar spontan abortus, gelişme geriliği, gebelikte yetersiz kilo artışı, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı ve artmış neonatal mortalite olarak sayılabilir (4,5). Geç tanı obstetrik morbiditeyi dört kat artırabilen bağımsız bir faktördür. Preterm eylem riski ise dokuz kat arttırabilmektedir (5,6).

TB basiline inhalasyonu ile bulaşan TB enfeksiyonu ya inaktif enfeksiyon olarak kabul edilir ya da aktif hastalık durumuna ilerleyebilir. İnaktif TB'li kişiler, asemptomatiktir ve bulaştırıcı değildirler. Latent TB aktif hastalık halini alabilir ve damlacık yoluyla yayılabilir. Gebeliğin ne TB patogenezi ve inaktif hastalıktan aktif hastalığa geçiş üzerine ne de tedaviye cevap üzerine bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (7).

GEBELİKTE TÜBERKÜLOZ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

1. Geçmişte veya ailede TB öyküsü olanlar
2. Daha az kaynaktan daha fazla kaynağa sahip ülkelere göçmenler
3. HIV veya Diabetes mellitus gibi diğer tıbbi hastalıkları olan bağışıklığı baskılanmış kişiler
4. İleri yaş veya çok genç gebeler yüksek risk altındadır
5. Kötü beslenme ve kötü hijyen koşulları
6. Yaşam tarzı faktörleri ör. uyuşturucu kullanımı, alkolizm ve evsiz kişiler
7. Aşırı kalabalık ve iyi havalandırılmayan konutlarda yaşamak