

GEBELİK KAŞINTILARI SADECE ALERJİK MİDİR?

Hasan Burak Kaya^{1*}, Dilek Atik²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yozgat

²Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Karaman

*Sorumlu yazar, hasanburakkaya@hotmail.com

ÖZET

İntrahepatik gebelik kolestazı genellikle gebeliğin son trimesterinde ortaya çıkan karaciğer fonksiyonlarında anormallik gösteren gebelik kaşıntısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem maternal hem de fetal komplikasyonları göz önüne alındığında akılda tutulması gereken bir tablodur. Biz yazımızda acil servise kaşıntı ile başvuran ve gebelik kolestazı düşünülen 29 haftalık bir gebe olgusundan bahsedeceğiz. Acil servise kaşıntı ile başvuran gebe hastalarda intrahepatik gebelik kolestazı acil servis hekimi için gözden kaçmaması gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Kolestaz, Kaşıntı.

ABSTRACT

Intrahepatic pregnancy cholestasis is usually encountered in the last trimester of pregnancy as pregnancy pruritus with abnormal liver functions. Considering both maternal and fetal complications, it is a table that should be kept in mind. In our article, we will talk about a 29-week pregnant case who presented to the emergency department with itching and was considered to have gestational cholestasis. Intrahepatic pregnancy cholestasis is a diagnosis that should not be overlooked by the emergency room physician in pregnant patients who present to the emergency department with pruritus.

Keywords: Pregnancy, Cholestasis, Itching.

GİRİŞ

İGK (İntrahepatik gebelik kolestazi), İlk olarak tekrarlayan gebelik sarılığı olarak tanımlansa da sonraki vakalarda sarılık olsun veya olmasın gebelikte başlayan, doğumdan sonra düzelmesi beklenen altta yatan bir karaciğer hastalığı olmaksızın karaciğer fonksiyonlarında anormallik görülen gebelik kaşıntısı olarak değerlendirilmiştir (1).

İGK insidansı, Avrupa'daki gebeliklerin %0.1- 1.5 ve Güney Amerika ülkelerinde özellikle Bolivya veya Şili gibi ülkelerde %9.2-15.6 arasında olduğu görülmüştür. Etyolojide genel olarak etnik köken, yüksek östrojen düzeyleri, antikardiyolipin antikolar, hepatit C, çoğul gebelikler gibi sebepler suçlansa da genel anlamda çok çeşitli hormonal, çevresel ve genetik faktörler söz konusudur (2,3). İGK teşhis ve klinik izleminde serum safra asidi ölçümü önemlidir ve açlık konsantrasyonunun 10 µmol/L'den yüksek olması ile tanı konulur. Aminotransferaz aktivitesi ve serum safra asitlerinin normalin çok üstünde olduğu vakalar bildirilmiştir (1, 3, 4). Fetal ölüm, fetal distres, erken doğum ve mekonyum aspirasyonu gibi fetal sonuçlar göz önüne alındığında ihmal edilmemesi gereken gebeliğe özgü bir karaciğer hastalığıdır (1,2,3,6).

Biz, yazımızda acil servise kaşıntı ile başvuran İGK olarak değerlendirilen 3.trimester de olan bir gebe olgusunu sunmayı planladık.

VAKA TAKDİMİ

27 yaşında G1P1A0L0 29 hafta olan gebe hasta vücudunda 2-3 gündür yaygın kaşıntı şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde öncelikle acil durumlar ekarte edildi. Glaskow koma skalası 15 olan, oryante-koopere, vital bulgular stabil olan hasta herhangi bir alerjen temasından bahsetmedi. Fizik muayenesinde; uvula ödemi olmayıp, dinlemekle solunum sesleri bilateral solunuma eşit katılmakta olup, ral, ronkus yoktu. Batın muayenesinde hassasiyet olmayıp, defans ve rebound saptanmadı. Anafilaksi ya da anjiyo ödem tablosunda olmayan hastanın acil serviste kaşıntı etyolojisi açısından gebelik kolestazi durumunun nüks etme ihtimali düşünülerek kan tetkikleri ve ultrason tetkiki yapıldı.

Yapılan tetkiklerinde ALT:355 AST:328 ALP:226 GGT:33 crp:11 wbc:10 000 olarak saptandı.

MRCP:multiple taş tespit edildi. İHSY normal

Hepatobiliyer USG: safra kesesinde yoğun safra çamuru ve en büyüğü 12 mm çapta olan 5-6 adet kalkül izlendi.

Hepatit paneli: Normal

HDL:30 LDL:122 Total Kolesterol:192 Trigliserit:216 B12:164 Sedimentasyon:53 D.bil:1,81 total:1,91 olarak değerlendirildi.

Hastanın intrahepatik gebelik kolestazi düşünülerek ve dahiliyeye konsülte edildi ve dahiliye tarafından yatış verildi.

Hastaya ursactive (UDCA) 2*2 başlanıldığı ve KCFT değerleri ve semptomlarının gerilediği öğrenildi. Taburculuğunda B12 vitamin replasmanı ve ursactive 2*2 reçete edildiği öğrenildi. Gebelik takibi sonlanan hasta miadında sağlıklı bir bebek sahibi olduğu öğrenildi.

TARTIŞMA

İGK'de en sık ve en rahatsız edici semptom kaşıntı olarak karşımıza çıkmaktadır. Genelde el ayak kısımlarında olması beklense de vücudun her yerinde kaşıntı olabilir ve uykusuzluk gibi yaşam kalitesini bozabilecek durumlara yol açabilir. Her ne kadar semptomlar anne için doğum sonrası düzelmesi beklense de fetal problemler için üzerinde durulması gereken bir konudur (1).

Ldl kolesterol, toplam kolesterol seviyeleri İGK li kadınlarda normalin üst sınırında izlense de bizim vakamızda normal sınırlarda saptanmıştır. Bizim vakamızda olduğu gibi İGK vakalarının yaklaşık %13 ünde safra kesesi taşları olduğu bildirilmiştir ve intrahepatik safra yollarında dilatasyon görülmemiştir (1). İGK bizim vakamızda olduğu gibi genellikle gebeliğin 2, veya 3. Trimesterinde başladığı düşünülse de Anastasia ve ark. Bildirdiği vakada ilk trimesterde de karşılabilmektedir (3).

Anne tarafından genellikle iyi tolere edilen UDCA (ursodeoksikolik asit), karaciğer fonksiyon testlerini normale döndürme, kaşıntıyı azaltma konusunda etkilidir ve bizim vakamızda da UDCA kullanımı sonrası hastanın semptomları gerilemiş, karaciğer fonksiyon testleri bazal seviyesine dönmüştür (2,4,5).

Lee ve arkadaşlarının çalışmalarında 2 adet intrauterin fetal ölümle sonuçlanan İGK li gebeliklere rağmen UDCA tedavisi sonrası belirtileri ve KCFT si düzelen gebemizde miadında sağlıklı bir bebek doğumu meydana gelmiştir (6).

SONUÇ

Acil servise kaşıntı şikayeti ile başvuran gebe hastalarda hangi trimester olursa olsun, mevcut sonuçları göz önünde bulundurulduğunda intrahepatik gebelik kolestazi mutlaka ayırıcı tanılar arasında yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol.* 2009;15(17):2049-66.
2. Milkiewicz P, Elias E, Williamson C, Weaver J. Obstetric cholestasis. *BMJ.* 2002;324(7330):123-4.
3. Salame AA, Jaffal MJ, Mouanness MA, Nasser Eddin AR, Ghulmiyyah LM. Unexplained First Trimester Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2019:4980610.
4. Joshi D, James A, Quaglia A, Westbrook RH, Heneghan MA. Liver disease in pregnancy. *Lancet.* 2010;375(9714):594-605.
5. Saleh MM, Abdo KR. Consensus on the management of obstetric cholestasis: National UK survey. *BJOG.* 2007;114(1):99-103.
6. Lee RH, Incerpi MH, Miller DA, Pathak B, Goodwin TM. Sudden fetal death in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2009;113(2 Pt 2):528-531.