

## Gebede Transfüzyon Sonrası Gelişen Akut Hepatit B Olgusu

### *Acute Hepatitis B Developed After Transfusion in a Pregnant Woman*

Mehmet Balcı, Şua Sümer, Nazlım Aktuğ-Demir, Onur Ural

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Akyokuş, Konya, Türkiye

#### Özet

Gebelerde akut viral hepatitlerin kliniği, gebeliğe bağlı karaciğer hastalıkları ile benzer özellikler gösterir. Gebeliğe özgü olmayan karaciğer hastalıklarının en sık nedeni akut viral hepatitlerdir. Viral hepatitler gebeliğin her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Bu yazıda talassemia minor'ü olan 24 haftalık bir gebede transfüzyon sonrası gelişen akut hepatit B olgusu sunulmuştur.

*Klimik Dergisi 2009; 22(1): 28-30.*

**Anahtar Sözcükler:** Gebelik, transfüzyon, akut hepatit B.

#### Abstract

Clinical signs of viral hepatitis is similar to clinical signs of liver diseases due to pregnancy. The most common reason of liver disease that is not related to pregnancy is acute viral hepatitis. Viral hepatitis can develop in any time during pregnancy. We report a case of post-transfusion acute hepatitis B in a 24 weeks pregnant women with thalassemia minor.

*Klimik Dergisi 2009; 22(1): 28-30.*

**Key Words:** Pregnancy, transfusion, acute hepatitis B.

#### Giriş

Gebelikte karaciğer hastalığı oldukça nadir (%0.1) görülür (1,2). Gebelik sırasında ortaya çıkan karaciğer hastalıkları, gebeliğe özgü ve gebeliğe özgü olmayan hastalıklar olarak sınıflandırılabilir (1-3). Gebeliğe özgü olmayan karaciğer hastalıklarının en sık nedeni akut viral hepatitler olup, gebeliğin her döneminde ortaya çıkabilmektedir (1,4).

Hepatit B virusu (HBV) parenteral yolla, cinsel temasla, horizontal yolla veya perinatal-vertikal olarak bulaşabilir (5-7). Akut hepatit B gebelerin %0.02'sinde görülebilir. Gebelerde akut viral hepatitlerin kliniği, gebeliğe bağlı karaciğer hastalıkları ile benzer özellikler gösterir. Bu nedenle gebede karaciğer hastalığı saptandığı zaman, öncelikle hastalığın gebeliğe özgü olup olmadığı araştırılmalıdır (1,3).

Bu yazıda talassemia minor tanısıyla izlenen 24 haftalık bir gebede transfüzyon sonrası gelişen akut hepatit B olgusu sunulmuştur.

#### Olgu

21 yaşında 24 haftalık gebe polikliniğimize halsizlik, bulantı, kusma, kaşıntı, idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma, gözlerde ve vücudunda sararma şikayet-

leriyle başvurdu. Akut hepatit ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Anamnezinde ilaç kullanımı, şüpheli cinsel temas, diş çekimi ve ailesinde bilinen bir kronik hepatit öyküsü yoktu. Daha önce transfüzyon öyküsü olmayan hastaya ilk kez dört ay önce talassemia minor tanısı ile kan transfüzyonu yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde, ateş 37.2°C, kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 84/dakika, skleralar ve cilt ikterikti. Uterus 6 aylık gebelikte uyumlu olarak palpe edildi. Diğer fizik muayene bulguları normaldi.

Laboratuvarda tam kan incelemesinde, lökosit sayısı 7400/mm<sup>3</sup> (4000-10 000), hemoglobin 7.5 gr/dl (12.1-17.2), eritrosit 3 680 000/mm<sup>3</sup> (3 600 000-5 700 000), hematokrit %20.9 (36.1-50.3), MCV 62.5 flt (82.2-99), trombosit sayısı 327 000/mm<sup>3</sup> (150 000-400 000) olarak saptandı. PT, PTT değerleri normaldi. Periferik yaymada %62 polimorfonükleer lökosit, %20 lenfosit, %6 monosit, %2 eozinofil; trombositleri yeterli kümeli ve eritrositler hipokrom mikrositer idi.

Biyokimyasal incelemesinde, SGOT 950 İÜ/lt (15-41), SGPT 916 İÜ/lt (15-63), total bilirübin 7.9 mg/dl (0.4-1.4), direkt bilirübin 5.5 mg/dl (0.1-0.5), LDH 362 İÜ/lt (98-192) olarak tespit edildi. Alkalen fosfataz, gamma glutamil transpeptidaz, total protein, albümin, safra asitleri, fibrinojen düzeyi ve tam idrar incelemesi normal olarak değerlendirildi.

#### Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Mehmet Balcı, Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Akyokuş, Konya, Türkiye  
Tel./Phone: +90 332 223 65 00 Faks/Fax: +90 332 223 61 81 E-posta/E-mail: drmehmet1971@myynet.com

Anemi parametrelerinde demir 137 µg/dl (50-170), demir bağlama kapasitesi 91 µg/dl (70-390), transferrin 231.5 mg/dl (192-282), ferritin 1040 mg/ml (5-148), vitamin B<sub>12</sub> 785 pg/ml (193-982), folik asid 15.3 ng/ml (3-17) olarak saptandı. Direkt ve indirekt Coombs testleri negatif idi, hemoglobin elektrofo-rezi talassemia minor ile uyumluydu.

Hepatit parametreleri, anti-HAV IgG (+), anti-HAV IgM (-), HBsAg (+), anti-HBc IgM (+), anti-HBc IgG (-), HBeAg (+), anti-HBe (-), anti-HBs (-), anti-HCV(-), anti-HDV (-), anti-HEV IgM (-), anti-HEV IgG (-), HCV RNA (-) bulundu. Otoimmün hepatit parametreleri (LKM, ANA, AMA, ASMA) negatifti. Batın ultrasonografisinde karaciğer, dalak, pankreas, böbrekler normal konum ve konturda değerlendirildi. Bir adet sağlıklı fetus izlendi. Hastaya klinik ve laboratuvar bulgularıyla akut hepatit B tanısı konuldu.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Hematoloji Kliniği tarafından konsülte edildi. Önerileri doğrultusunda hastaya eritrosit süpsansiyonu verildi. Haftada iki kez PT, PTT, SGOT, SGPT, total bilirübin, direkt bilirübin takibi yapıldı. Takiplerinde kliniği düzelen ve SGOT 40 İÜ/lt, SGPT 52 İÜ/lt, total bilirübin 1 mg/dl, direkt bilirübin 0.3 mg/dl, LDH 180 İÜ/lt olan hasta İnfeksiyon Hastalıkları, Hematoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum poliklinikleri kontrolü önerilerek taburcu edildi.

## İrdeleme

Gebelik esnasında ortaya çıkan karaciğer hastalıkları; gebeliğe özgü (hyperemesis gravidarum, gebeliğin intrahepatik kolestazi (GİHK), gebeliğin akut yağlı karaciğeri, gebelik toksemisi, HELLP sendromu) ve gebeliğe özgü olmayan (akut viral hepatit, toksik hepatit, otoimmün hepatit gibi) hastalıklar olarak iki grupta incelenebilir (1-3,8,9). Gebelikte görülen karaciğer hastalıklarının yaklaşık %60'ından gebeliğe özgü karaciğer hastalıkları sorumlu iken, %40'ından akut viral hepatitler sorumludur (2,10-12). Akut hepatit tablosu ile başvuran bir gebede, gebeliğe özgü karaciğer hastalıkları daha sık görüldüğü için ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir (1,3).

Gebeliğin intrahepatik kolestazi, çoğunlukla ikinci trimesterde görülmekle beraber, nadiren birinci ve üçüncü trimesterde de görülebilir. GİHK'da sıklıkla direkt bilirübin düzeyi artarken, total bilirübin genellikle 5 mg/dl'nin altındadır. Serum aminotransferaz düzeyleri normalin dört katına kadar yükselmekte, safra asitleri düzeyi ise 30-100 kat kadar artmaktadır (1,2,9-11). Viral veya ilaca bağlı hepatitte görülen bulantı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı ve ateş görülmez (2). Gebeliğinin ikinci trimesterinde olan olgumuzun bulantı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı şikayetleri mevcuttu. Primer safra asitlerinin plazma düzeyi normaldi ve serum aminotransferaz düzeyleri normalin 10 katının üzerinde saptandı. Klinik ve laboratuvar bulgularıyla GİHK tanısından uzaklaşıldı.

Gebelik toksemisi gebeliğin yirminci haftasından sonra görülen ve etyolojisi bilinmeyen bir sendromdur. Klinik olarak ödem, proteinüri ve hipertansiyon bulgularının saptandığı preeklampsi ya da konvülsiyonların eklendiği eklampsi ile karakterizedir. Gebelik toksemisinde olguların yaklaşık yarısında serum aminotransferaz düzeylerinde hafif yükselmeler saptanmaktadır. Bilirübinler genelde normal sınırlardadır, na-

diren 5 mg/dl'yi geçer. (1,2,9-11). Olgumuzun gebelik haftası uymasına rağmen klinik olarak ödem, hipertansiyon, proteinüri ve konvülsiyon geçirme öyküsü bulunmaması, gebelik toksemisi ile uyumlu laboratuvar bulgularının olmaması nedeniyle bu hastalık düşünülmedi.

HELLP sendromu orta derecede hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombositopeni ile karakterize bir hastalıktır (1,2,9-11,13). En sık görülen semptom karın ağrısı olup olguların %65'inde ortaya çıkmaktadır. Serum aminotransferaz düzeylerindeki yükselmeler başlıca laboratuvar bulgusudur. Trombositopeni orta derecede ya da ağır olabilmekte, ancak çoğu hastada sarılık gelişmemektedir (1,2,9-11). Olgumuzda trombositopeni ve hemoliz bulguları yoktu.

Gebeliğin akut yağlı karaciğeri 30-38. haftalar arasında başlar. Klinik belirtileri arasında kırgınlık, bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş, baş ağrısı ve kaşıntı vardır. Protrombin zamanı uzar, fibrinojen seviyelerinde azalma görülebilir. Genellikle serum aminotransferazlarında orta düzeyde yükselme görülse de bazı hastalarda normal veya daha yüksek düzeylerde artış görülebilir. Alkalen fosfataz yükselirken gama glutamil transpeptidaz genellikle yükselmez. Sarılık sıktır. Bilirübin seviyesi genellikle 10 mg/dl'nin altındadır (1,2,9-11). Bizim olgumuzun gebelik haftası ve laboratuvar değerleri gebeliğin akut yağlı karaciğeri ile uyumlu değildi.

Hyperemesis gravidarum dehidratasyon, elektrolit ve beslenme bozukluklarına yol açan şiddetli kusmalarla karakterizedir (1,2,9-11,14). Genellikle ilk trimesterde ortaya çıkmakta ve kural olarak gebeliğin yirminci haftasına kadar kaybolmaktadır (1,2,11). Olgumuzun anamnezine göre hyperemesis gravidarum düşünülmedi.

Gebeliğe özgü olmayan karaciğer hastalıklarının en sık nedeni akut viral hepatit olup, gebeliğin her döneminde ortaya çıkabilmektedir (1,4). HBV'nin vertikal geçiş oranı yüksektir. Bu nedenle fetal ve neonatal hepatite neden olur (15). Akut B hepatiti gebeliklerin %0.02'sinde görülmektedir (1,16). Akut viral hepatit B'nin inkübasyon periyodu 30-180 gündür (6). Risk faktörleri intravenöz ilaç kullanımı, birden fazla cinsel partner, homoseksüel ilişki, kan transfüzyonu, HBsAg taşıyıcısı ile cinsel ilişki, aile içi temas, medikal ve dental girişimler, hemodiyalizdir (5-7). On binde iki transfüzyonda hepatit B serolojisi negatif donörlerden alınan kanlarda bile HBV bulaşma ihtimali vardır (5). Transfüzyon yapılan trimester fetüse bulaş açısından önemlidir. İkinci trimesterde fetüse bulaş oranı %6 iken üçüncü trimesterde bu oran %67'ye çıkmaktadır (17). Olgumuzda 4 ay önce kan tranfüzyonu hikayesi mevcuttu.

Akut viral hepatitler büyük oranda asemptomatik veya anikterik seyreder. Bulantı, kusma, halsizlik, yorgunluk, sağ üst kadrın ağrısı, fotofobi, baş ağrısı gibi nonspesifik semptomlarla seyreder. İtker görülme oranı %30'dur. Hastalığın seyri gebe olmayan akut hepatit hastalarından farklı değildir. Hastaların fizik muayenesinde skleralarda ve ciltte sararma, karaciğerde büyüme, hassasiyet, dalakta büyüme ve lenfadenopati tespit edilebilir (5-7,18). Olgumuzda halsizlik, bulantı, kusma, kaşıntı, idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma, gözlerinde ve vücudunda sararma şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenesinde skleralar ve cilt ikterikti.

Akut hepatit B'de serum aminotransferaz düzeylerinde genellikle sekiz katın üzerinde artış, bilirübin seviyelerinde yükselme, serolojik olarak HBsAg ve anti-HBc IgM pozitifliği görülür (5,6). Laboratuvar parametreleri HBsAg (+), HBeAg (+), anti-HBc IgM (+), anti-HBc IgG (-) ve serum aminotransferazları normalin 10 katının üzerinde tespit edilen hastaya akut hepatit B tanısı konuldu.

Sonuç olarak, akut viral hepatit gebelik sırasında çok sık görülmesine de, kan transfüzyonu yapılan gebelerde hepatitlerin ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir.

### Kaynaklar

- Özdemir S, Akın P. Gebelikte karaciğer hastalıkları. *Cerrahpaşa J Med.* 2004; 35: 131-9.
- Kurt M, Tayfur Ö, Harmanlı Ö, Batman F. Gebelikte ilgili karaciğer hastalıkları. *Hacettepe Tıp Derg.* 2005; 36: 53-64.
- Riely CA. Hepatic disease in pregnancy. *Am J Med.* 1994; 96(1A): 18-22.
- Simms J, Duff P. Viral hepatitis in pregnancy. *Semin Perinatol.* 1993; 17(6): 384-93.
- Curry MP, Chopra S. Acute viral hepatitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases.* 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005: 1426-40.
- Yenen OŞ. Hepatitler. In: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, eds. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 820-45.
- Gambarin-Gelwan M. Hepatitis B in pregnancy. *Clin Liver Dis.* 2007; 11(4): 945-63.
- Rolfes DB, Ishak KG. Liver disease in pregnancy. *Histopathology.* 1986; 10(6): 555-70.
- Knox TA, Olans LB. Liver disease in pregnancy. *N Engl J Med.* 1996; 335(8): 569-76.
- Rahman TM, Wendon J. Severe hepatic dysfunction in pregnancy. *QJM.* 2002; 95(6): 343-57.
- Hay JE. Liver disease in pregnancy. *Hepatology.* 2008; 47(3): 1-10.
- Jaiswal SP, Jain AK, Naik G, Soni N, Chitnis DS. Viral hepatitis in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 72(2): 103-8.
- Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1982; 142(2): 159-67.
- Abell TL, Riely CA. Hyperemesis gravidarum. *Gastroenterol Clin North Am.* 1992; 21(4): 835-49.
- Sookoian S. Liver disease during pregnancy: acute viral hepatitis. *Ann Hepatol.* 2006; 5(3): 231-6.
- Hollinger FB. Comprehensive control (or elimination) of hepatitis B virus transmission in the United States. *Gut.* 1996; 38(Suppl. 2): 24-30.
- Hunt CM, Sharara AI. Liver disease in pregnancy. *Am Fam Physician.* 1999; 59(4): 829-36.
- Nayman-Alpat S, Doyuk-Kartal E, Özgüneş İ, Usluer G. Akut viral hepatit olgularının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Derg.* 2007; 29(3): 146-52.