

GEBELİK İNTRAHEPATİK KOLESTAZI VE HEMŞİRELİK BAKIMI

INTRAHEPATIC CHOLESTASIS OF PREGNANCY AND NURSING CARE

Araş.Gör. Duygu GÜLEÇ* Prof.Dr. Ümran SEVİL*

*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Bu derleme 7-10 Mart 2013 tarihinde Bursa'da düzenlenen 11. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Gebelik İntrahepatik Kolestazi (GİK) (pruritus gravidarum, ikterus gravidarum) safranın karaciğerde birikmesi anlamına gelir. "Obstetrikal Kolestaz" yani gebeliğe bağlı safra birikmesi olarak da adlandırılır. Sıklıkla gebeliğin 3. ayından sonra ortaya çıkmakta, gebeliğe bağlı gelişen bir durum olduğu için genelde doğumdan kısa bir süre sonra kaybolmaktadır. Ancak bir sonraki gebelikte tekrarlama olasılığı bulunmaktadır. Maternal etkiler hafif olmakla birlikte GİK'de fetal distres, preterm doğum ve ani intrauterin ölüm gibi riskler bulunmaktadır. Kaşıntı, serum safra asitleri düzeylerinde yükselme ve bazen sarılıkla karakterizedir. Tedavide etkili bir ajan olan ursodeoksikolik asit kullanılır. Bu makalede, GİK'in özellikleri, maternal ve fetal sağlığın korunması ve olumsuz sonuçların engellenmesinde hemşirelik bakımının önemi ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: Gebelik kolestazi, komplikasyon, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) (Pruritus gravidarum, Icterus gravidarum) means to accumulation of bile in the liver. 'Obstetric Cholestasis' is also known as pregnancy-specific accumulation of bile. ICP occurs mainly in the third trimester of pregnancy. Because it is a condition of pregnancy, rapidly resolving after delivery. However ICP may recur in subsequent pregnancies. Maternal effects of ICP are mild; however, there is a clear association between ICP and higher frequency of fetal distress, preterm delivery, and sudden intrauterin fetal death. ICP is characterized by maternal pruritus, raised serum bile acids and sometimes jaundice. Ursodeoxycholic acid is currently the most effective treatment. In this article discussed the characteristics of ICP, maternal and fetal health protection and the importance of nursing care in order to prevention of negative consequences

Key words: Cholestasis of Pregnancy, complication, nursing care

GİRİŞ

Gebelik intrahepatik kolestazi (GİK) (pruritus gravidarum, ikterus gravidarum) safranın karaciğerde birikmesi anlamına gelir. "Obstetrikal Kolestaz" yani gebeliğe bağlı safra birikmesi olarak da adlandırılır. Nadiren 25. Gebelik haftasından önce gelişmekle birlikte sıklıkla gebeliğin 3. trimesterinde ortaya çıkan (Nichols 2005),

kaşıntı, serum safra asitleri düzeylerinde yükselme ve bazen sarılıkla karakterize en sık görülen karaciğer hastalığıdır (Yıldırım 2007). Literatürde ortalama insidans % 0.001 ile % 4 arasında değişmekle birlikte, ülkemizde prevalansı % 0.86 olarak bildirilmiştir (Pata ve ark. 2011). Anne için prognozu iyi olmakla birlikte, maternal kaşıntı hayatı tehdit etmemesine rağmen, maternal konforu anlamlı bir şekilde etkileyebilmektedir (Palmer ve Eads 2000, Aran ve ark. 2012). Fetüs ise mekonyumlu amniyotik sıvı, intrauterin fetal ölüm, prematürite, yenidoğan respiratuvar distress sendromu, düşük apgar skoru ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı gibi artmış perinatal mortalite ve morbidite açısından risk altındadır (Heinonen ve Kırkının 1999, Yıldırım ve ark. 2007, Muresan ve ark. 2008, Aran ve ark. 2012).

Gebelik intrahepatik kolestazından en sık Şili ile Boliviya'da yaşayan gebelerin etkilendiği bildirilmektedir (5%-15%) (Kondrackiene ve Kupcinskas 2008). Etiyolojisi bilinmemekle beraber patogenezinde genetik ve hormonal faktörlerin rol oynadığı belirtilmektedir (Kondrackiene ve Kupcinskas 2008). Yapılan araştırmalarda tedavi seçeneği olarak ursode-oksikolik asitin etkili ve güvenli olarak kullanılabilmesi yer almaktadır (Palma ve ark. 1997, Ilter ve ark. 2005). GİK annede yarattığı semptomlar, fetüsün morbidite ve mortalitesini ciddi oranda etkilemesi nedeniyle önemle takip edilmesi gereken bir rahatsızlıktır. Bu dönemde maternal ve fetal sağlığın korunması ve olumsuz sonuçların oluşmasının engellenmesi amacıyla hemşirelik yönetimi oldukça önem arz etmektedir. Buradan yola çıkarak bu yazıda; gebeliğin intrahepatik kolestazına yönelik epidemiyoloji, etiyoloji, klinik özellikler, maternal ve fetal sonuçlar, obstetrik yönetime ilişkin bilgi vermek ve uygun hemşirelik bakımını irdelemek amaçlanmıştır.

EPIDEMİYOLOJİ

Gebelik intrahepatik kolestazi prevalansı genetik, coğrafya ve çevresel faktörlere bağlı değişiklik göstermektedir. GİK birçok ülkede nadir görülen bir hastalıktır. En yüksek prevalansa Güney Amerika ülkesi olan Şili %14 ve Bolivia %4.3-13.8 sahiptir. Latin popülasyonunda % 6, İskandinav ülkelerinde yaklaşık %2, Avrupa ülkeleri yaklaşık % 1 oranında en az görüldüğü yerdir (Lee ve ark. 2006, Geenes ve Williamson 2009). İklimin hastalığa duyarlılığı etkilemesi nedeniyle insidansı coğrafi konuma göre farklılık gösterebilmektedir. Türkiye'de Pata ve ark.(2011) görülme sıklığını % 0.86 olarak belirtmişlerdir. Kaliforniyada yapılan bir çalışmada ise %1.9 olarak bulunmuştur. İkiz gebeliklerde (Pusl ve Beuers 2007, Gonzales ve ark. 1989), 35 yaş üzeri ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda görülme sıklığının anlamlı oranda yüksek olduğu olarak rapor edilmiştir (Geenes ve Williamson 2009).

ETİYOLOJİ

Gebelik kolestazının etyolojisi halen tam olarak anlaşılammıştır. Ancak hormonal, genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı multifaktörel bir etkinin söz konusu olduğu belirtilmektedir (Nichols 2005). Ayrıca karaciğer enzimlerinin yükselmesi ve maternal serum safra asitlerinin artması ile safra sekresyon fonksiyonun bozulmasına neden olan inflamatuvar nedenlerin de etiyolojide katkısının olabileceği düşünülmektedir (Pata ve ark. 2011).

Hormonal Faktörler

GİK sıklıkla östrojen ve progesteronun maksimum düzeye ulaştığı gebeliğin 3. trimesterında ortaya çıkmaktadır (Pusul ve Beuers 2007). GİK'de safra asitleri karaciğerden tam olarak atılamamakta ve retansiyon sonucu klinik bulgular gelişmektedir. Gebelikteki yüksek östrojen konsantrasyonları ile safra asitlerinin sülfasyonu bozulmakta ve ekskresyonu olamamaktadır(Ergür ve ark.1998). Bununla birlikte östrojen düzeylerinin yüksek seyrettiği çoğul gebeliklerde GİK'nin daha sık görülmesi, oral kontraseptif kullanımında tekrar oluşması ve doğum sonrası hastalığın düzelmesi etiyolojide gebelikteki yüksek östrojen konsantrasyonunun etkili olduğunu desteklemektedir (Lammert ve ark. 2000, Kondrackiene ve Kupcinskas 2008, Aran ve ark. 2012).

Östrojenin önemli olduğu kadar progesteronun da GİK patogeneğinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Oruç ve ark. 2012). Preterm eylem nedeniyle progesteron tedavisi alan hastalarda gebelik intrahepatik kolestazının daha sık görüldüğü bildirilmekte, Bacq ve ark.(1997) preterm eylem tehdidi sebebiyle doğal progesterin verdikleri 12 hastadan 11'inde GİK geliştiğini bildirmişlerdir. Bu sebeple kolestaz öyküsü olanlarda progesteron kullanımından kaçınma önerilmektedir (Aran ve ark. 2012).

Çevresel Faktörler

İsveç, Finlandiya ve Şili gibi ülkelerde daha yüksek prevalans bildirilmesi GİK'nin oluşumunda çevresel faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. GİK' nin görülmesinde mevsimsel döngünün de etkili olduğu, özellikle kış aylarında sıklıkla görüldüğü literatürde belirtilmektedir (Pusul ve Beuers 2007, Pata ve ark. 2011). Pata ve ark. (2011)'nin Türkiye'de yaptıkları çalışmada da GİK vakaları sıklıkla kış ayları ve ilkbahar mevsiminin başlangıcında görülmüştür. GİK'nin beslenmeyle ilişkisi incelendiğinde ise mevsimsel değişikliklerle uyumlu bir şekilde bu hastalarda kış aylarında selenyum düzeylerinin sağlıklı gebelere göre daha düşük olduğu gösterilmiş ve diyetdeki mevsimsel değişikliklerin bunda rol oynayabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Nichols 2005, Oruç ve ark. 2012,). Bununla birlikte Arrese ve Reyes (2006) ise GİK'nın patogeneğinde çevresel birçok faktörün araştırılmış olmasına rağmen kesin kanıt olmadığını ve bunu ortaya koymak için ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

Genetik Faktörler

GİK'in oluşmasında genetik faktörlerin önemi incelendiğinde, bazı aile bireylerinde daha sık olması ve daha sonraki gebeliklerde de aynı kişide tekrar görülmesi nedeni ile kesin olmamakla birlikte, otozomal dominant geçişten bahsedilmektedir (Ergür ve ark. 1998). Arrese ve Reyes (2006) de çalışmalarında, vakaların % 16'sında ailesel geçişin olduğunu belirtmişlerdir. Pata ve ark.(2011)'nin çalışmasında multipar olguların %16.6'sında daha önceki gebelikte GİK'nın olduğu, tüm olguların ise %21.8'inde aile öyküsünün olduğu saptanmıştır.

KLİNİK ÖZELLİKLER

GİK'da genellikle döküntünün var olmadığı, geceleri kötüleşen yaygın kaşıntı temel klinik semptomdur. Kaşıntı başlarda avuç içi ve ayak tabanında başlamakta, ekstremitelere doğru ilerlemekte ve daha sonra yüzde de oluşmaktadır (Davidson 1998, Nichols 2005). Özellikle geceleri anne için rahatsız edici olan kaşıntı sürekli olduğunda annede uyku yoksunluğu ve sinirlilik duygularının yaşanmasına neden olabilir. Şiddetli kaşıntıya rağmen ciltte kaşımaya bağlı oluşunlar dışında deri lezyonu gözlenmez (Nichols 2005). Kaşıntı semptomunun preeklampsi gibi serum transaminaz değerlerinde yükselme ile seyreden hastalıkların ayırıcı tanısında yardımcı olduğu belirtilmektedir (Aran ve ark. 2012).

Klinik olarak belirgin sarılık GİK'de nadir olarak izlenen bir durumdur, genellikle hafif seyrederek ve vakaların ancak %10-15'inde görülür. Bununla birlikte hastanın tıbbi yardım istediği ilk şikayet olabilir. Tipik olarak kaşıntı şikayetinden 1 ile 4 hafta sonra ortaya çıkar (Nichols 2005).

İştahsızlık, halsizlik ve karın ağrısı gibi kolestatik bulguları izlenebilir, akolik gayta, idrar renginde koyulaşma ve steatore görülebilir. Steatore yağ malabsorpsiyonu ve buna bağlı vitamin K eksikliği ile birlikte görülebilir ve pankreatik enzimlerle tedaviye iyi yanıt verir (Oruç ev ark. 2012).

Bu hastalarda görülen ilk ve hatta tek laboratuvar bulgusu serum safra asitlerinde normalin 100 katına kadar olan yükselmedir (Davidson 1998). Serum kolik asit düzeyindeki yükselmenin, kenodeoksikolik aside göre daha belirgin olduğu raporlanmıştır. Serum transaminazları 1000U/L seviyelerine kadar yükselebildiği bildirilmektedir. Total bilirübin ve direkt bilirübin düzeylerinde yükselme serum alkalin fosfataz ve 5' nükleotidaz da artış diğer laboratuvar bulgularıdır. Serum gama glutamil transferaz (GGT) düzeyleri ise diğer kolestatik hastalıkların aksine gebeliğin kolestatik hastalığında sıklıkla normal ya da çok az yüksektir. Yine karaciğer fonksiyonu göstergelerinden biri olan protrombin zamanı da genellikle normaldir (Aran ve ark. 2012).

Yüksek aminotransferaz değerleri preeklampsi ve HELLP sendromu ile karışıklığa sebep olabilir. Ayırıcı tanıda proteinüri ve hipertansiyonun olmaması önemli bir bulgudur. Serum aminotransferaz değerlerinin aşırı yükselmesi hepatiti akla getirmelidir (Uludağ ve ark. 2004).

MATERNAL SAĞLIĞA ETKİLERİ

Literatürde maternal prognozun oldukça iyi olduğu, ancak gebelik boyunca morbidite açısından dikkatli olunması gerektiği belirtilmektedir. Maternal prognozun iyi olmasıyla birlikte serum karaciğer testleri normale dönmesiyle, semptomlar doğumdan sonra hızla geriler. Gebeliğin son dönemlerinde kaşıntı gelişimi ile ilgili diğer primer bilier siroz, primer sklerozan kolenjit veya kronik hepatit C gibi diğer kronik karaciğer hastalıklarından ayırt edilmesi önemlidir. GİK'nın bir sonraki gebeliklerde de % 45-70 oranında tekrar etme olasılığının bulunduğu unutulmamalıdır (Pusul ve Beuers 2007).

Gebelikte bu hastalarda ortaya çıkan kaşıntı çok rahatsızlık veren bir semptom olup, dermatitlere ve buna bağlı olarak kalıcı skarlara yol açabilir (Williamson ve Girling 2008). Ayrıca geceleri olan kaşıntı annede yorgunluğa, bulantı, iştah kaybı ve anoreksiyaya neden olabilir ve maternal kilo alımını etkileyebilir. Doğumu izleyen birkaç gün içinde safra asitleri düzeylerinde azalma ile birlikte kaşıntı şikayeti de azalmaya başlar (Aran ve ark. 2012). GİK yağda çözünen vitaminlerin emilim bozukluğuna da neden olabilir ve annede beslenme sorunları ortaya çıkabilir (Davidson 1998). Gebelikte esas maternal risk K vitamininin emiliminin yetersizliğine bağlı ortaya çıkan postpartum kanamadır. Literatürde bu tür vakalar nadir olarak bildirilmiştir (Geenes ve Williamson 2009).

Vakaların birçoğunda doğumdan sonra kaşıntı ve hepatik yetmezlik bulguları geriler, ancak bazı kadınlarda verilen epidural analjeziklere bağlı olarak geçici bir bozukluk devam edebilir. Eğer biyokimyasal anormallikler postpartum 3. aydan sonra devam ediyorsa hasta bir hepatoloğa yönlendirilmez (Williamson ve Girling 2008).

Ülkemizde Aran ve ark. (2012)'nin GİK'lı gebelerde maternal ve perinatal sonuçları araştırdıkları çalışmalarında, olguların % 25'inde erken doğum, %12.5'inde preeklamsi geliştiği, gebelik kolestazi ile tanı konan ve tedavisi gerçekleştirilen bir olguda sezaryen sonrası postoperatif dönemde karaciğer yetmezliği nedeniyle maternal ölümün gerçekleştiği rapor edilmiştir. Gebelik kolestazi tanısı koymadan önce benzer klinik tablo oluşturabilecek hastalıkların ayırıcı tanısının dikkatli bir şekilde yapılması gerekliliği vurgulanmıştır (Aran ve ark. 2012). Lee ve ark. (2006) nın çalışmasında ise GİK' li gebelerde erken doğum riski yaşanmazken, koriyoamniyonit riski anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Heionen ve Kırkinen (1999)'in çalışmasında gebelik kolestazi tanısı olan gebelerde gebeliğe bağlı hipertansiyon, preterm eylem ve sezaryen doğum oranı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Ülkemizde ise Pata ve ark.(2012) nın çalışmasında GİK'lı gebeliklerde sarılık, kanama eğilimi veya ölü doğum komplikasyonları saptanmazken, Yıldırım ve ark.(2007)'nin çalışmasında preterm doğum komplikasyonu (%19.6) gelişmiştir.

FETAL SAĞLIĞA ETKİLERİ

GİK'da maternal prognoz iyi olsa da fetal riskler anlamlı derecede yüksektir. Erken doğum, spontan prematürite, mekonyumlu amniyotik sıvı, fetal distress, intrauterine fetal ölüm ve yenidoğan respiratuvar distress sendromu daha sık oranda bildirilmektedir (Williamson ve Girling 2008).

GİK' da fetal morbidite ve mortalitenin asıl nedeni bilinmemekle birlikte normal gebeliklere göre fetal dolaşımında daha yüksek düzeyde safra asiti konsantrasyonunun olması ile ilişkilendirilmiştir (Nichols 2005). Fetüsün plazmadan safra asitlerinin atılımı ve safra asitlerinin taşınmasında yetersizliğine yol açarak normal fetal hepatik gelişiminin geç olmasına neden olabileceği belirtilmektedir. Gebelik kolestazi boyunca anneden fetüse safra asidi geçişi artar. Plasenta fetüsün total safra asidi içeren zararlı (toxic) maddelerin olumsuz etkilerinden korunmasında önemli bir rol oynar. Yüksek düzey total safra asitleri düzeyleri plasental transportu ve plasental hormon üretimini etkiler (Kondrackiene ve Kupcinskas 2008).

GİK'lı annelerden doğan yenidoğanlarda, respiratuar distres sendromu görülme sıklığının, sağlıklı gebelere göre 2 kat fazla olduğu, bunun sebebinin de kısmen erken doğuma bağlı olduğu, ancak yenidoğanın bronkoalveolar lavaj sıvısının analizine dayanarak GİK ile RDS arasında ilişki olduğu da belirtilmiştir (Zecca ve DeLuca 2008). Ayrıca safra asitlerinin alveollardan surfaktan üretimine karşı etkisi belirtilmesine rağmen, fetal karaciğere, surfaktan üretimine ve respiratuar distrese olan etkisinin de detaylı olarak incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Zecca ve ark, 2006, Zecca ve DeLuca 2008).

Aran ve ark. (2012)'nin çalışmasında olguların %8.3'ünde fetal büyüme kısıtlılığı saptanırken, Rook ve ark. (2012)'nin çalışmasında olguların %33'ünde fetal komplikasyon (%17 respiratuar distres sendromu, %9 mekonyumlu amniyotik sıvı, %5 fetal distres, konjenital anomali, sepsis, hiperbilirubinemi ve pnömoni) ortaya çıkmıştır. Ülkemizde ise Yıldırım ve ark.(2007)'nin çalışmasında fetal distres nedeni ile sezaryen oranı %33.3, amnion sıvısında mekonyum pasajı oranı %17.6, yeni doğan 5. dakika Apgar skoru 7'den küçük olan olguların oranı %23.5 ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı olguların oranı %11.7 olarak belirtilmiştir. İki olguda fetal ölüm meydana geldiği ancak nedeninin gebelik kolestazından kaynaklanmadığı belirtilmiştir. Pata ve ark.(2011) çalışmalarında ise mekonyumlu amniyotik sıvı veya ölü doğum komplikasyonlarına rastlanmamıştır.

TEDAVİ

GİK'nın tedavisinde başlıca amaç, annede semptomların azaltılmasına, fetal stres veya ani fetal ölümü önlemek için yeterli obstetrik yönetimi sağlamaya odaklanmıştır. Başlıca tedavi edilmesi gereken semptom kaşıntı olmasına rağmen, annenin yaşadığı yorgunluk, anksiyete, ayrıca yağ ve yağda eriyen vitaminlerin emilim bozukluğuna da dikkat edilmesi gerekir. Bu bağlamda dinlenme, hafif sedasyon ve az yağlı diyet, erken başlangıçlı GİK'lı vakalarda parenteral K vitamini desteği dikkate alınabilir. Kaşıntının yönetimi kolestiramin ve antihistaminikleri içerirken, bununla birlikte etkinliği tartışılmaktadır ve yan etkiler meydana gelebilir (Arrese ve Reyes 2006).

Güncel farmakolojik tedavi klinik çalışmalarda ve özellikle randomize kontrollü çalışmalarda etkinliği araştırılmış Ursodeoksikolik asit (UDKA)'i içermektedir. UDKA anne kanındaki safra asit deposunun kompozisyonunu değiştiren hidrofilik bir safra asitidir. UDKA'nın karaciğer koruyucu etkileri olduğu da belirtilmektedir (Uludağ ve ark. 2004). UDKA maternal veya fetal yan etkilere sebep olmaksızın kaşıntıyı hafifletir, serum aminotransferaz düzeylerini düşürür ve safra asitlerini normal değerlerine getirir. UDKA tedavisi sonrası intrauterin fetal ölümden azalma olacağı önerilmiş, ancak çalışmalarda istatistiksel gücün eksik olduğu da belirtilmiştir (Arrese ve Reyes 2006).

Deksametazon, fenobarbital, S-adenozil-L-metioni, benzodiazepinler, opioid antagonistleri, epomediol içeren ilaçların da GİK'nın yönetiminde yararlı olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, bu ajanların evrensel olarak etkili ve güvenli kullanılması için daha fazla çalışmalara gereksinim olduğu rapor edilmiştir (Pusul ve Beuers 2007, Arrese ve Reyes 2006).

OBSTETRİK YÖNETİM

Prenatal gözetim konusunda görüş birliğine varılmamasına rağmen obstetrisyenler tarafından aktif yönetim tercih edilmektedir (Arrese ve Reyese 2006). Aktif yönetim; Non stres testi(NST) ile yakın fetal monitorizasyon, biyokimyasal testlerin sık tekrarlanması, ursodeoksikolik asit tedavisi ve fetal komplikasyonları önlemek için 37-38. haftalarda doğum gerçekleştirilmesi gibi yaklaşımları içermektedir (Arrese ve Reyese 2006, Oruç ve ark., 2012). Ancak fetüsün sağlığından kuşku duyuluyorsa ve akciğer olgunlaşması gerçekleşmişse, serum safra asitleri konsantrasyonunda artış görülüyorsa ve sarılık şiddetliyse 36. haftada erken doğum dikkate alınabilir (Nichols, 2005).

Saleh ve Abdo(2006) tarafından yapılan obstetrik kolestazın yönetimine ilişkin sağlık profesyonellerinin (obstetrisyenler ve ebeler) görüşlerini inceledikleri çalışmada; sağlık profesyonellerinin şu konularda hemfikir oldukları saptanmıştır:

- GİK' ye yönelik tanıda, klinik özellikler ve laboratuvar incelemelerinin gerekli olduğu,
- Karaciğer enzimleri ve safra asitlerinin tanıda spesifik belirteç olduğu,
- Antenatal ve fetal izlemin gerekli olduğu,
- Önerilen fetal izlem yöntemlerinin kardiyotografi(CTG), doppler umbilikal arter velosimetri, fetal gelişim ve amniyotik sıvı hacmini değerlendirmek üzere seri ultrason taramasını içerdiği,
- Maternal izlemden safra asitleri düzeyi ve karaciğer enzimlerinin değerlendirilmesini içerdiği,
- Kaşıntıyı hafifletmek için en sık kullanılan ilacın UDKA olduğu,
- Antenatal ve neonatal yönetimde hemoraji riskini azaltmak için K vitamininin önemle dikkate alınması gerektiği,
- Postpartum dönemde karaciğer fonksiyonunun kontrol edilmesi gerektiği,
- Postpartum kontrasepsiyon yöntemi olarak kombine oral kontraseptif kullanımından kaçınılması gerektiği

HEMŞİRELİK BAKIMI

Gebelik İntrahepatik Kolestazi gebeliğin 3.trimesterinde ortaya çıkan, özellikle sağlıklı fetüslerde prematürite ve intrauterin fetal ölüme neden olabilen ciddi bir gebelik komplikasyonudur. Yoğun kaşıntı ve uyku yoksunluğu nedeniyle annenin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini etkilemektedir (Cronin ve Maude 2008). GİK'lı gebelerde hemşirelik bakımı, gebelik boyunca anne ve fetüsün sağlığının korunması amacıyla anne ve fetüsün sürekli ve dikkatle izlenmesi ve oluşabilecek riskli durumların engellenmesini içerir.

GİK nadir görülen bir hastalık olduğu için öncelikle hemşireler özellikle 3.trimester gebelerde deri döküntüsü olmayan, kaşıntı şikâyetini dikkate almalı ve bu konuda uyanık davranmalıdır (Cronin ve Maude 2008). GİK'nin erken dönemde fark edilerek uygun yönetilmesinin anne ve fetüs için olumsuz sonuçları azaltacağı unutulmamalıdır. GİK'de olumsuz sonuçlar aşağıdaki hemşirelik girişimleri ile azaltılabilir veya giderilebilir.

Bilgilendirme ve Danışmanlık

GİK'de uygun hemşirelik girişimlerinden biri gebelerin gebelik süresince doğru ve etkili bilgilendirilmelerini içerir. Bu dönemde anne adaylarının hastalıkla ilgili risklerin anlaşılmasını sağlamak için bilgiye ihtiyaçları vardır. Anneye ve eşine yüksek risk durumunun sebepleri, tedavinin mantığı, tanı testlerinin ve tüm girişimlerin ne amaçla yapıldığı ve sonuçları açık ve anlaşılabilir bir dille anlatılmalıdır (Çoban 2008).

Hastane Ortamı, Aktivite Yetersizliği ve İştahta Azalmaya Bağlı Kilo Kaybı

GİK'de uzun süreli hastaneye yatırılma, hastane ortamı ve yatak istirahati ve iştahsızlık nedeniyle kilo kaybı sık görülmektedir. Bu gebelerde kilo kaybı, fetüsle ilgili istenmeyen sonuçlara neden olabileceğinden önemli bir sorundur. Gebenin her gün kilosuna bakılmalı ve iştah durumundaki değişimler kaydedilmelidir (Nichols 2005, Çoban 2008).

Uyku Problemleri ve Yorgunluk

GİK'de özellikle geceleri anne için rahatsız edici olan kaşıntı sürekli olduğunda uyku düzeninde bozukluğa ve yorgunluğa neden olmaktadır. Bununla birlikte fetüs ve gebenin kendisiyle ilgili korku ve endişeleri de bu sorunun oluşmasında bir etken olabilir. Gebenin öncelikle kaşıntı şikayetinin giderilmesi önemlidir. Bununla birlikte gebenin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili sürekli bilgilendirilmesi, ilaç saatlerini ve hastaya yönelik uygulamaların uyku düzenini bozmayacak şekilde ayarlanması, serviste çalışan personel gürültüsünün en aza indirilmesi, gündüz şekerlemelerinden kaçınılması, müzik dinleme, sıcak içecekler, eğlenceli kitaplar ve magazin dergileri okuma vb. uykusuzluğun ve buna bağlı yorgunluğun giderilmesine yardımcı olacaktır (Nichols 2005, Çoban 2008).

Kaşıntıya Bağlı Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

Hemşireler annelere kendi öz bakımını sağlamalarına yardımcı olabilecek çeşitli önerilerde bulunmalıdır. Az yağlı diyet ile beslenmenin kaşıntının şiddetini azaltmaya yardım edeceği belirtilmelidir. Anneyi sıvı alımını artırmaya cesaretlendirme vücuttan toksinleri uzaklaştırmaya yardım edebilir. Yüksek stres durumunun da kaşıntıyı artırdığı belirtilmektedir (Mercan ve Altunay 2006). Düşük stres düzeyinin sağlanması kaşıntıyı yönetmede yararlı olabilir. Dış iritanları ortadan kaldırmak kaşıntı semptomlarını azaltmaya yardımcı olabilir. Semptomları azaltmak için nemlendirici uygulama, bacakları traş etme ve pürüzsüz olmasını sağlama, rutubetli ortamın uygun araç ile düzenlenmesi, serin ve bol pamuklu giysiler giyilmesi, rahatlatma banyoları, etkilenen bölgelere buz koyma gibi uygulamalar önerilebilir (Nichols 2005). Ancak ayakları buzlu suya koyma sonucu donmanın gelişebileceği konusunda dikkatli olunmalıdır (Williamson ve Girling 2008).

Psikososyal Sorunlara Yönelik Girişimler

Doğum öncesi dönemdeki hemşirelik bakımı annede ortaya çıkan fiziksel sorunlar kadar psikolojik sorunları da içerir. Anne hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fiziksel

ortam değişikliği, kendisinin ve bebeğinin sağlık durumunda sapma, aktivite kısıtlaması, uygulanan test, tedavi ve girişimler, aileden ayrılma, mahremiyetin azalması ve belirsizlik gibi stres etkenleri, annede yalnızlık, güçsüzlük, huzursuzluk, korku, öfke ve düşmanlık duygularına neden olabilir. Hemşireler annelere bu duygularla başa çıkmada yardımcı olmalı, anne için dikkatini başka yöne çeken aktiviteler planlamalı ve sosyalizasyon için fırsatlar yaratmalıdırlar (Çoban 2008).

Olası Komplikasyonlara Yönelik Girişimler

GİK'in preterm eylem oranı ile önemli bir ilişkisi olduğundan preterm eyleme yönelik belirti ve bulgularının iyi tanımlanması ve annelerin bu belirtiler açısından bilgilendirilmesi gerekir. Fetal hareketlerin takip edilmesi eğitimde vurgulanmalıdır. Anne fetal aktivitedeki herhangi bir değişikliği acilen bildirmesi için cesaretlendirilmelidir. Kadınlar bu tür değişiklikleri bildirmeye isteksiz oldukları için teşvik edilmeleri önemlidir (Nichols 2005, Palmer ve Eads 2000).

Davidson (1998) geleneksel antepartum izlemin intrauterin fetal ölümü önleyemeyeceğini belirtmiştir. Antepartum testler bu popülasyonda fetüsün iyilik halinin değerlendirilmesinde güvenilir bir gösterge olmamasına rağmen şu an mevcut en iyi değerlendirme yöntemidir (Palmer ve Eads 2000). Klinisyen hemşireler antepartum ve intrapartum dönem boyunca güven vermeyen bir fetal kalp hızı reaksiyonu varlığında dikkatli olmalıdır. Hemşirelik müdahaleleri oksijenizasyon, hidrasyon, maksimum plasental perfüzyonun sağlanmasında uygun pozisyon ve maternal ve/veya fetal durumda herhangi bir değişiklik olduğu takdirde gerekli olan acil tedaviyi sağlamak ve olumlu sonuçları kolaylaştırmak için hekime durumu bildirmeyi içerir(Palmer ve Eads 2000).

Postpartum hemoraji en büyük maternal risktir (Geenes ve Williamson 2009). Bu sebeple hemşireler kanamanın önlenmesi için alınması gereken önlemleri, kanamanın belirti, bulgularını ve acil müdahale yaklaşımlarını iyi bilmelidirler.

Doğum Sonrası Dönem Taburculuk Planı

GİK' nin semptomları doğum sonrası hemen düzelmesi gerekirken, bu her zaman mümkün olmayabilir. Aksine, birçok kadın doğumu takiben 6-8 hafta kaşıntıyı deneyimleyebilir. Doğum sonu dönemde kadınlara karaciğer fonksiyon testlerinin yaptırılması, hepatit, aids, bening tekrarlayan intrahepatik kolestaz ve safra kanal tıkanıklığı gibi diğer altta yatan hastalık olup olmadığının tanılanması açısından önemlidir. (Nichols 2005, Tuson ve Chambers 2011).

GİK'de kombine oral kontraseptif kullanımından kaçınılması gerektiği için diğer postpartum kontraseptif yöntemlerden anneye uygun yöntemin seçilmesinde danışmanlık verilmesi gerekir.

Sonuç olarak gebelik intrahepatik kolestazı tanısı konan gebelerin fiziksel ve psikososyal gereksinimleri bulunmaktadır. Bu gereksinimlerin sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği içinde karşılanması önemlidir.

KAYNAKLAR

- Aran T, Osmanağaoğlu M, Erin ve ark. Gebeliğin Kolestatik Hastalığında Maternal ve Perinatal Sonuçlar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2012; 43:1,11-14.
- Arrese M, Reyes H. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy:A Past And Present Riddle. *Annals Of Hepatology* 2006; 5(3): 202-205.
- Bacq Y, Sapey T, Brechot Mc et all. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: A French Prospective Study. *Hepatology* 1997;26(2): 358-364.
- Cronin R, Maude R. Third Trimester Itch: Obstetric Cholestasis A Serious Condition of Pregnancy. *New Zealand College Of Midwives* 2008;38:20-25.
- Çoban A. Riskli Gebelikler. İçinde. Kadın Sağlığı. Şirin A, Editör. Kavlak O, Editör Yard. İstanbul: Bedray Yayıncılık; 2008. 557-560.
- Davidson KM. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy. *Seminars In Perinatology*, 22:2,104-111.
- Ergür AR, Tütüncü L, Yergör YZ ve ark. Gebelik İnahepatik Kolestazi, Tedavisi Ve Perinatal Etkileri. *Perinatoloji Dergisi* 1998; 6(3-4):86-88.
- Geenes V, Williamsom C. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009; 15(17): 2049-2066.
- Gonzales MC, Reyes H, Arrese M et all. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy In Twin Pregnancies. *J Hepatol* 1989; 9(1): 84 –90.
- Heinonen S, Kırkınen P. Pregnancy Outcome With Intrahepatic Cholestasis. *Obstet Gynecol* 1999; 94(2):189-93.
- İlter E, Tüfekçi EC, Batur O ve ark. Bir Olgu Nedeniyle Gebelik Kolestazi, Fetal Riskler Ve Ursodeoksikolik Asit Tedavisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2005; 1(2):80-82.
- Kondrackiene J, Kupcinskas. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy-Current Achievements And Unsolved Problems. *World J Gastroenterol* 2008;14(38):5781-5788.
- Lammert F, Marschall HU, Glantz A et all. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy: Molecular Pathogenesis, Diagnosis And Management. *J Hepatol* 2000;33(6):1012-1021.
- Lee RH, Goodwin TM, Greenspoon J et.all. The Prevalence Of Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy In A Primarily Latina Los Angeles Population. *J Perinatol.* 2006; 26(9):527–532.
- Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri Ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4):305-313.
- Muresan D, Ona D, Cruciat G et all. Recurrent Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy. A Case Report. *J Gastrointestin Liver Dis* 2008;17(3):323-325.
- Nichols AA . Cholestasis Of Pregnancy A Review Of The Evidence. *J Perinat Neonat Nur* 2005;19(3):217-225.
- Oruç AS, Çelen Ş, Danışman N. Gebeliğin İnahepatik Kolestazi: Etiyopatogenez, Maternal Ve Fetal Etkileri. *Yeni Tıp Dergisi* 2012;29(4):196-201.
- Palma J, Reyes H, Ribalta J et all. Ursodeoxycholic Acid In The Treatment Of Cholestasis Of Pregnancy: A Randomized, Double-Blind Study Controlled With Placebo. *J Hepatol* 1997;27(6.):1022-1028.
- Palmer DG, Eads J. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy: A Critical Review, *J Perinat Neonatal Nurs* 2000;14(1):39-51.
- Pata Ö, Vardareli E, Özcan A ve ark. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy: Correlation Of Preterm Delivery With Bile Acids. *Turk J Gastroenterol* 2011; 22(6): 602-605.
- Pusl T, Beuers U. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy. *Orphanet J Rare Dis* 2007; 2(26):1-6.
- Rook M, Vargas J, Caughey A et all. Fetal Outcomes In Pregnancies Complicated By Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy In A Northern California Cohort. *Plos One* 2012;7(3):1-6.
- Saleh MM, Abdo KR. Consensus On The Management Of Obstetric Cholestasis: National Uk Survey. *BJOG* 2006; 114(1):99-103.

- Turunen K, Sumanen M, Haukilahti RL et al. Good Pregnancy Outcome Despite Intrahepatic Cholestasis. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28(2):102–107.
- Tuson A, Chambers J. Obstetric Cholestasis: Information About The Condition, Its Consequences For Women And Why This Knowledge Is Important To Midwives And Others Caring For Women In Pregnancy Labour And Afterwards. *Midwifery Digest* 2011;21(3):324-328.
- Uludağ S, Denizlam G, Akbaş H ve ark. Gebelik Kolestazi. *Türkiye Klinikleri, J Gynecol Obst* 2000; 14(5):287-290.
- Williamson C, Girling J. Hepatik ve Gastrointestinal Hastalıklar.(İçinde). Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri. Çeviren: Mesut Ö, İzzet K. James DK, Steer PJ, Weiner CP et al. Editors. 3. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008. 1037-1040.
- Wong LF, Shallow H, O'connell MP . Comparative Study On The Outcome Of Obstetric Cholestasis. *J Matern Fetal And Neonatal M* 2008; 21(5): 327–330
- Yıldırım G, Aslan H, Asar E ve ark. İntrahepatik Kolestazda Gebelik Sonuçları. *Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2007;4(4): 250- 253.
- Zecca E, De Luca D, Marras M et al. Intrahepatic Cholestasis Of Pregnancy And Neonatal Respiratory Distress Syndrome. *Pediatrics* 2006; 117(5): 1669–72.
- Zecca E, Deluca D, Baroni S et al. Bile Acid Induced Lung Injury In Newborn Infants: A Bronchoalveolar Lavage Fluid Study. *Pediatrics* 2008; 121(1): 146–149.