



KLİMİK

TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

5.12.2014, Kayseri

GEBELERDE KRONİK HEPATİT B YÖNETİMİ

Dr. Süda TEKİN KORUK
Koç Üniversitesi Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği

DİİYABET

HIV+HCV

DEKOMPANSE SİROZ

DEPRESYON

BÖBREK YETMEZLİĞİ

**İMMÜN SÜPRESE
HASTA**

**TEDAVİYE
YANITSIZ**



Karaciğer
hastalığının
seviyesi

Teratojenite
İntrauterin geçiş

Anne

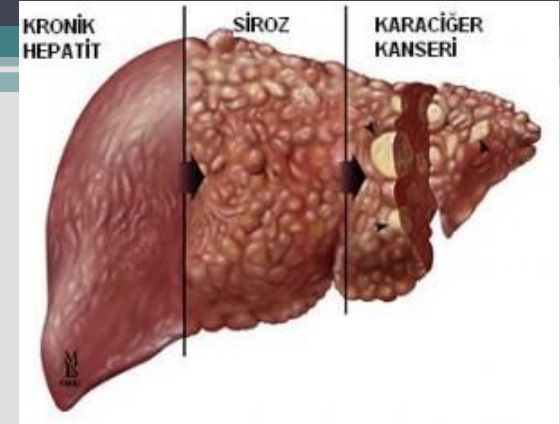
Bebek



GEBEDE

Gebe kadında HBV;

- Annenin sağlığı
- Bebeęin sağlığı
- Gebeliğin HBV infeksiyonuna etkileri
- Gebelikte HBV infeksiyonu tedavisi
- Perinatal HBV geęişinin engellenmesi



<http://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-and-pregnancy>

1. Gebeye etkileri

a. Akut HBV infeksiyonu

*Gebelerde sarılığın en sık nedeni akut HBV (diğerleri HELLP, yağlı karaciğer vb.)

**Çok ağır değil

<http://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-and-pregnancy>

Gebelikte Akut HBV Enfeksiyonu

- Gebeliğin ilk haftalarında;
 - Spontan abortusa yol açabilir
 - Genellikle ciddi bir sorun çıkmaz
 - Gebeliğin son döneminde;
 - Virusun vertikal olarak fetusa geçişine neden olur
- Gebeler 1. trimesterde HBV enfeksiyonu için taramalı;
- Gerektiğinde HBV aşısı önerilmelidir

Gebeye etkileri

b. Kronik HBV infeksiyonu

- *Genelde iyi tolere edilir

- * Alevlenme nadir

- **HBsAg-positif annelere yakın izlem

- **Her 3 ayda ALT,

- **Doğum sonrası 6 ayda bir ALT bakılmalı

- **ALT artarsa HBV DNA test edilmeli

Kronik HBV: Gebeye etkileri

- Gebelik immün toleran evre
- Gebelikte HBV viremisinin artışı, adrenal kortikosteroidlerin artmasıyla ilişkilidir
- Serum steroid seviyelerinin doğumdan sonra ani düşmesiyle (immün rekonstitüsyon);
 - ✓ HBV infeksiyonunda ilk aylarda alevlenme
 - ✓ Fulminan karaciğer yetmezliği
- *Kronik hepatitte akut alevlenmede fatalite hızı => %20-30 çıkabilir

EASL. *J Hepatol*, 2009; 50(2):227-42.

Kronik HBV: Gebeye etkileri

- Gestasyonel diyabetes mellitusu tetikler
- Doğum sırasında kanama artar
- Erken doğum tehdidi belirlenmiş

***Sıklıkla aktif karaciğer hastalığının olmasıyla ilişkilendirilmiş**

Tse KY, et al. *J Hepatol* 2005;43:771-775.

Rapti IN. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2011 5(3).



2. Gebeliğin karaciğer hastalığına etkisi

*Gebelikte immünolojik, metabolik ve hemodinamik değişiklikler

**Gebede oluşan fizyolojik değişiklikler karaciğer hastalığındaki kliniği taklit edebilir;

- serum albumin ve hematokrit genelde düşer
- ALP ve AFP artar

FM=>

- palmar eritem,
- alt ekstremitelerde ödem
- spider angiom



Siroz hastası gebe

- İlerlemiş siroz kadınının gebe kalması sorun

- Siroz ve gebe kalmış→ anne ve yenidoğan sorunları yüksek

**Yenidoğanda→ büyüme-gelişme geriliği
prematürite

fetal mortalite yüksek (%5.2 & %2.1)

intrauterin infeksiyon riski

**Annede→Varis kanaması

Siroz hastası gebe

- Kadın doğum uzmanı- hepatolog tarafından yakın izlenmeli
 - 2. trimestir veya doğum sırasında **varis kanamaları** sorunu
 - Hepatik dekompanseasyon
- **Sarılık**
 - Trombositopeni



3. HBV-Bebeğe bulaşıcılık

- Dünyada HBV taşıyıcısının %50'sinde infeksiyon perinatal kazanılmıştır

*Perinatal infeksiyonun kronikleşmesi >%95

**Yenidoğanda düşük Apgar skoru ile ilişkili bulunmuştur

***Bulaş çoğunlukla doğum sırasında olur

- Aşıya rağmen bulaş riski %5-10 oranında olabilir.

İnfeksiyon geçiş riski annenin HBeAg durumuna göre değişir;

- HBeAg-negatif/anti-HBe-pozitif => %12
- HBeAg-negatif/anti-HBe-negatif => %25
- HBeAg-pozitif anneden geçiş => %75-90



Borgia G. *World J Gastroenterol.* 2012;18: 4677-83

Anneden bebeğe HBV bulaşını artıran nedenler;

- * Annenin yüksek serum HBV DNA düzeyleri
- ** Annede HBeAg seropozitifliği
- *** Erken doğum
- **** Uzamış doğum süreci
- ***** Bebeğe HBIG yapılmaması
- ***** Bebeğe aşılanmanın eksik yapılması

HBV DNA $>10^6$ kpy/ml
HBeAg pozitif gebe

Bebeklere pasif ve
aktif immünoprofilaksi



%8-30 HBV geçişi

Pan CQ et al, Clin Gastroenterol Hepatol, 2012

Birçok çalışmada;
HBV DNA $>10^6$ kpy/ml gebelerin bebeklerine HBV
bulaşı bildirilmektedir

Borgia G et al, World J Gastro 2012
Bzowej NH et al, Curr Hepatitis Rep 2012
Piratvisuth T. Liver International, 2013

- Önceki çocuk HBsAg (+)  10^6 kpy/ml
 - Önceki çocuk HBsAg (-)  10^{8-9} kpy/ml
- } Bebeğe geçiş

Saltoğlu N. Viral hepatit, 2013

HBV DNA $> 10^8$ kpy/ml anneden doğan bebeklerde  **%8.5** HBV geçişi

HBV DNA $< 10^8$ kpy/ml anneden doğan bebeklerde geçiş bulunmamış

Wiseman E, et al Med J Aust, 2009

Gebelikte Hepatit B Tedavisinde Temel Amaç



Karaciğer fonksiyonlarının
stabilizasyonu

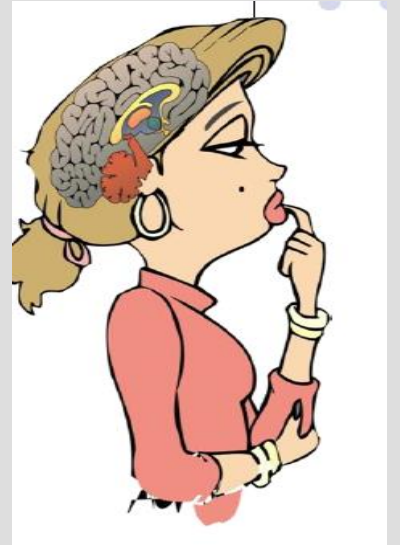


Perinatal transmisyonun
önlenmesi

- Doğum sonrası gebede hepatik alevlenme riskini azaltmak
- Gebedeki karaciğer hasarının progresyonunu önlemek (aktif karaciğer hastalığı)
- Yenidoğanda infeksiyon riskini azaltmak

Gebede antiviral tedavi

- Anne ve bebek açısından riskler
- Tedavi yan etkileri
- İlaç etkileşimleri
- Tedavi süresi
- İlaç direnci
- Tedavi değişimi
-



Gebelikte Hepatit B tedavi seçenekleri

İnterferon
kontrendike

Entekavir
Adefovir
(C)

Lamivudin
Deneyim
fazla
(C)

Tenofovir
Telbuvidin
(B)

Gebelikte Hepatit B tedavi seçenekleri

İnterferon
kontrendike

Entekavir
Adefovir
(C)

Tenofovir
Telbuvudin
Lamivudin

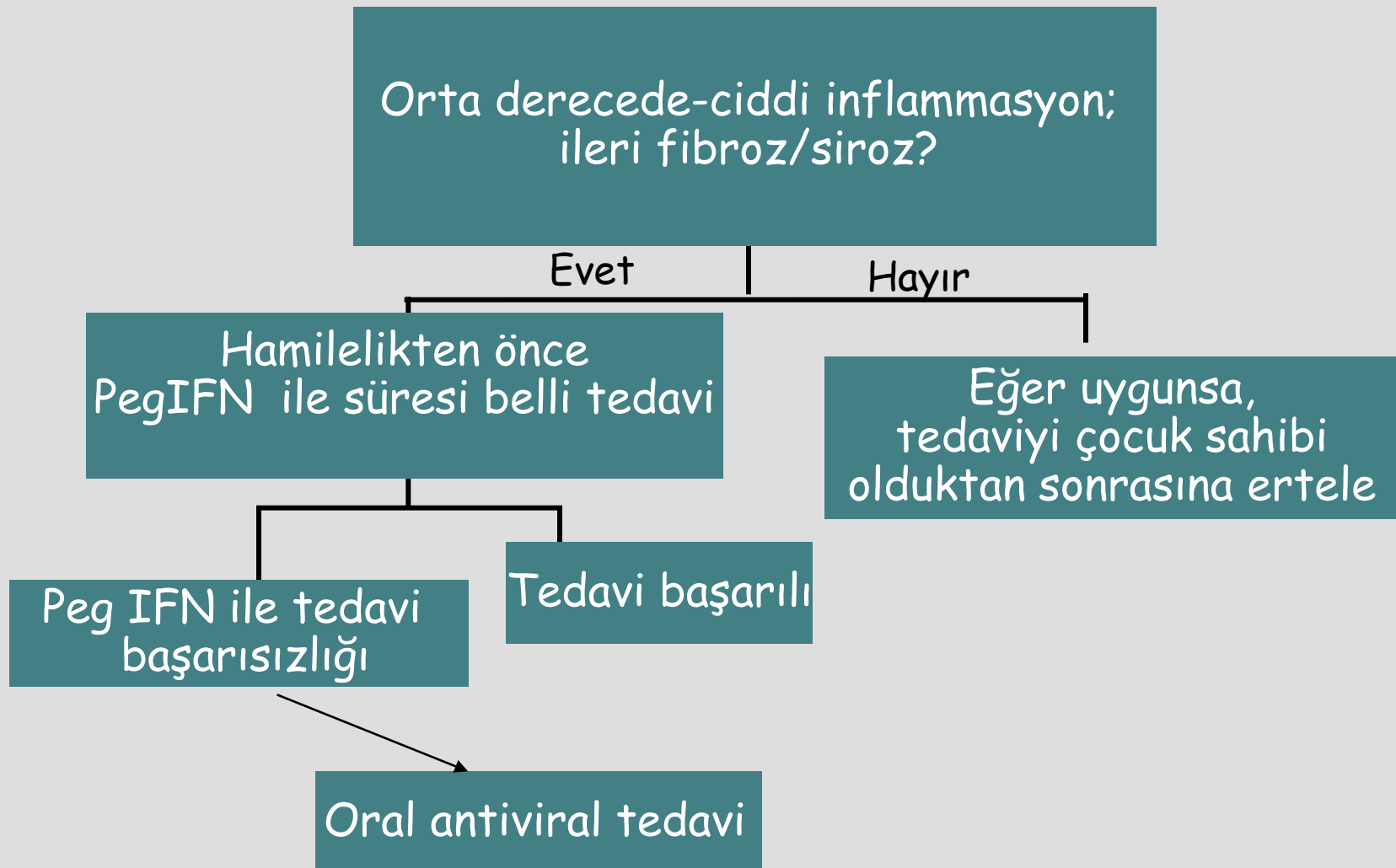
Gebelik düşünen kronik HBV enfeksiyonlu kadın;

- Tedaviye başlamadan önce hastanın gebelik isteği tartışılmalı!
- HBsAg pozitif ve HBV-DNA bakılmalı
- 3. trimestirde oral antiviral alevlenmeyi önlemede yararlı
- Antiviral tedavi başlamak için HBV-DNA;
 - $> 8 \log_{10} \text{ IU/mL} \rightarrow$ tedavi et
 - $6-8 \log_{10} \text{ IU/mL} \rightarrow$ tedavi gerekli olabilir
 - $< 6 \log_{10} \text{ IU/mL} \rightarrow$ tedavi gerekmez

Gebelik düşünen kronik HBV enfeksiyonlu kadın;

- Karaciğer histolojisinin değerlendirilmesi;
 - Tedavinin gerekli olup olmadığı
 - Tedavinin ertelenmesi konusunda yol gösterici
- İleri fibrozu ve sirozu olan hastaya;
 - PegIFN verilebilir, süresi belli (48 hafta), sorunlu
 - Hafif fibrozu varsa tedavi gebelikten sonraya ertelenebilir

Çocuk sahibi olmayı düşünen annede tedavi algoritması



Hasta KHB tedavisi alırken hamile kalmışsa;

- Tedaviye devam edilmeli mi?
- Tedavi kesilmeli mi?
- Tedavi değiştirilmeli mi?
- Bu konuda standard bir yaklaşım yoktur.
- Hiçbir antiviral ajanın gebelikte kullanımı onaylanmamıştır

Hasta KHB tedavisi alırken hamile kalmışsa;

- İlacın kesilmesinin ya da başka bir ilaçla değiştirilmesinin karaciğer hastalığına etkileri değerlendirilmelidir
 - **"Tedavinin kesilmesi dekompanseasyona, hepatik yetmezliğe giden alevlenmelere neden olabilir"**
- Sirozdan şüphe edilirse tedavi kesilmemeli!
 - * düşük platelet sayısı
 - * USG görüntüleme
 - * klinik bulgular

Hasta KHB tedavisi alırken hamile kalmışsa;

Gebeye anlatılmalı;

- Tedavi kesilmesiyle karşılaşılabilecek sorunlar
- Tedavinin devamıyla ilgili riskler
- Kullanılan ajanın maternal-fetal transmisyonu önleyip önlemediği



Hasta KHB tedavisi alırken hamile kalmışsa;

➤ **Pegile IFN kullanıyorsa kesilmelidir**



➤ **Fibrozu ileriye veya siroz varsa**

Tedavi kesildiğinde reaktivasyonla / dekompanse karaciğer hastalığı ile sonuçlanabilecektir

*Gebe ile tedavinin yararları ve riskleri hakkında tartışarak onam alındıktan sonra tedavinin devamı

*Uygun bir diğer seçenekle değiştirilmesi planlanır

➤ **Entekavir, adefovir kullanıyorsa => Tenofovir**

Tedavi kesilen gebenin izlenmesi gerekir

- 28. haftada tekrar HBV DNA istenmeli
- HBV DNA $>10^6$ kopya/mL $\Rightarrow$ tedavi başlanması düşünülmeli
 - * Annede alevlenmeleri engeller
- doğumda bebeğe immünoprofilaksi başlanılmalı
- HBV DNA $<10^6$ kopya/mL $\Rightarrow$ doğumda bebeğe profilaksi yapılması yeterli



Hangi antiviraller kullanılabilir?

- Telbivudin, Tenofovir, Lamivudin kullanılabilir
- Gebelikte lamivudin ve tenofovirle güvenlik verileri daha güçlü
 - Gebelikte HIV tedavisindeki kullanımları nedeni deneyim fazla!

APASL Guidelines 2009

EASL Guidelines 2009

VHSD Rehber 2011

Tran T. Cleveland Clinic J Med 2009; 76: S25.

Yogeswaran and Fung. Korean J Hepatol 2011; 17:1-8

FDA Classification of Drug Safety During Pregnancy

A	Controlled studies in women fail to demonstrate a risk to the fetus and the possibility of fetal harm appears remote
B	Either animal reproduction studies have not demonstrated a fetal risk, but there are no controlled studies in pregnant women, or animal reproduction studies have shown an adverse effect (other than a decrease in fertility) that was not confirmed in controlled studies
C	Either studies in animals have revealed adverse effects on the fetus (teratogenic or embryocidal or other), and there are no controlled studies in women or studies in women and animals are not available; drugs should be given only if the potential benefit justifies the potential risk to the fetus
D	There is positive evidence of human fetal risk, but the benefits from use in pregnant women may be acceptable despite the risk (eg, if the drug is needed in a life-threatening situation or for a serious disease in which safer drugs cannot be used or are ineffective)
X	Studies in animals or human beings have demonstrated fetal abnormalities or there is evidence of fetal risk based on human experience, and the risk of the use of the drug in pregnant women clearly outweighs any possible benefit; the drug is contraindicated in women who are or may become pregnant

Lamivudin (LAM)

- LAM kategori C
- Son trimestirde kullanıldığında güvenli

Van Zonnevel M, et al. J Viral Hep 2003; 10: 294.
Van Nunen AB, et al. J Hepatol 2000; 32: 1040.

- 10.094 HIV hastasında veya HBV ile koinfekte HIV li gebe kadınlarda deneyim
- Yeni doğanda defekt oranı : Antiviral tedavi almayan kadınlardakine benzer
 - İlk trimestirde %3.1
 - 2/3. trimestirde %2.7

Pan CQ, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; x

A meta-analysis of lamivudine for interruption of mother-to-child transmission of hepatitis B virus

- LAM tedavisinin 28. haftada başlanması transmisyonu önlemede etkili
- LAM güvenli, eğer maternal HBV $<10^6$ düşürülür ise geçiş önlenebilecektir

Telbivudin

*Telbivudin gebelik kategorisi B

*600mg/gün

- Plasebo kontrollü prospektif çalışma
- HBV DNA > 10^6 kpy/mL olan gebelerde
- Telbivudin => 15 olguda bulaş %0
- Tedavi verilmeyen => %8 **p<0.001**
- İstenmeyen etki, konjenital defekt gözlenmemiş

▣ Han G-R, et al. *J Hepato*/2011; 55: 1215.

Telbivudine Prevents Vertical Transmission From HBeAg-Positive Women With Chronic Hepatitis B

CALVIN Q. PAN,^{*} GUO-RONG HAN,[‡] HONG-XIU JIANG,[‡] WEI ZHAO,[§] MIN-KAI CAO,^{||} CUI-MIN WANG,[‡] XIN YUE,[‡] and GEN-JU WANG[‡]

Kronik HBV 88 HBe Ag (+) gebe

- HBV DNA >6 log kpy/mL
- 2./3. trimestirde
- 53 hastaya telbivudin / 35 kontrol
- Doğum sonrası bebeklerde her 2 gruba standard profilaksi uygulanmış
- Tedavi grubunda pozitiflik yok (P=0.029).
- Kontrol grubunda %8.6
- İlaça bağlı yan etki bildirilmemiş

Tenofovir

- Gebelik kategorisi B
- İlk seçenekler arasında
- Prospektif çalışma yok
- Ancak 1731 gebede retrospektif analiz
- Doğumsal defekt oranı ilk trimestirde
 - %2.4
 - 2/3. trimestirde %2
 - Tenofovir almayanlara benzer
- Doğumdan sonra tedavi ihtiyacı olanda da direnç olmaması açısından uygun seçenek
 - Ancak süt verme kısıtlanmalı

Gebelikte antiviral kullanımının avantaj ve dezavantajları

Antiviral ajan	FDA hamilelik kategorisi	1.trimesterde canlı doğumda defekt	2.-3.trimester canlı doğumda defekt	Avantaj ve dezavantaj
Adefovir	C	0 0/48	0 0/0	Tavsiye edilmiyor
Entekavir	C	0 1/50	0 (0/2)	Tavsiye edilmiyor
Lamivudin	C	3.1 (135/4273)	2.8 (198/6989)	Direnç nedeniyle ilk tercih antiviral olarak önerilmiyor.
Telbuvidin	B	0 (0/10)	0 (0/14)	Direnç nedeniyle ilk antiviral olarak önerilmiyor
Tenofovir	B	2.3 (42/1800)	2.2 (20/894)	Kapsamlı insan güvenliği verileri

Efficacy and safety of tenofovir disoproxil fumarate in pregnancy for the prevention of vertical transmission of HBV infection

Mustafa Kemal Celen, Duygu Mert, Müzeyyen Ay, Tuba Dal, Safak Kaya, Necmettin Yildirim, Serda Gulsun, Tunga Barcin, Sevgi Kalkanli, Mehmet Sinan Dal, Celal Ayaz

- HBV infekte 45 gebe;
 - HBeAg (+) ve HBV DNA > 10⁷ kpy/mL
 - 21 gebe TDF 300 mg 18-27. hafta almış
 - 23 gebe tdv almamış
- *Tdv alan => bebeklerin hepsi HBsAg (-)
- **Tdv almayan => %8.3 (n=2) HBsAg (+) *P*:0.002
- TDV grubunda bebeklerde anomali yok

Evaluation of HBV transmission and Antiviral Therapy among HBsAg-positive pregnant women

Suda Tekin Koruk¹, Ayse Batirel², Sukran Kose³, Sila Cetin Akhan⁴, Bilgehan Aygen⁵, Necla Tulek⁶, Çigdem Hatipoglu⁶, Cemal Bulut⁶, Orhan Yıldız⁶, Cahide Sacligil⁷, Fatma Sirmatel⁸, Elif Altunok⁴. (On behalf of Society of Turkish Clinical Microbiology and Infectious Diseases Viral Hepatitis Working Group)

1. Harran University, Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (IDCM), Sanliurfa, Turkey
2. Kartal Dr. Lutfi Kırdar Training and Research Hospital, Department of IDCM, Istanbul, Turkey
3. Izmir Tepecik Training and Research Hospital, Department of IDCM, Izmir, Turkey
4. Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of IDCM, Kocaeli, Turkey
5. Erciyes University, Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases, Kayseri, Turkey
6. Ankara Training and Research Hospital, Department of IDCM, Ankara, Turkey
7. Kartal Yavuz Selim Training and Research Hospital, Department of IDCM, Istanbul, Turkey
8. Abant İzzet Baysal University, Faculty of Medicine, Department of IDCM, Bolu, Turkey

Introduction: Chronic hepatitis B (CHB) remains an important health problem especially in infants born to hepatitis B surface antigen (HBsAg)-positive mothers, since, despite immunoprophylaxis, mother-to-child transmission of hepatitis B virus (HBV) still occurs in 8%-30% of mothers with high levels of viremia. The aim of the present study was to assess the potential risk of HBV vertical transmission among Turkish parturient women and to evaluate the efficacy and safety of antiviral agents. **Materials and Methods:** Data were collected retrospectively from 114 HBV infected pregnant women and their infants in 8 health institutions from Turkey. Mothers with HIV co-infection or pregnancy complications were excluded. Baseline demographic data and characteristics (age, number of birth, HBeAg, and history of prior HBV therapy) of pregnant women were recorded. Serum alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) and HBV-DNA levels were assessed before initiation of therapy. Infants were assessed for serum HBsAg and anti HBs at birth and 24-36 weeks of age.

Results: The baseline characteristics of the women were; mean age, 28.3±5.2 (range;17-42) years, mean number of children 0.7 ±1.1 (1-6), ALT; 57.4±139.0 (8-1064) U/L, AST; 56.6±150.0 (10-1199) U/L, HBV DNA; 8.3×10⁷ ±2.6×10⁸ (0-1.5×10⁹) copies/ml, HBeAg positivity; 33.3% (n=38). Family history of HBV infection was detected in 53.5% (n=61). In total, 60 (52.6%) pregnant women received tenofovir (60.0%), lamivudin (33.3%) or telbivudin (3.5%) therapy at the median gestational age of 22.2±8.5 (1-36) weeks. All infants were vaccinated and hepatitis B immunoglobulins (HBIG) were administered, with 81 of them (71.1%) available for follow-up. After completion of HBV vaccination course, 71 (87.7%) infants had protective anti-HBs levels, 3 (3.7%) were HBsAg-positive, and 7 (8.6%) were HBsAg-negative with nonprotective anti-HBs levels. Five of the infants had low gestational birth weight but no other birth defects. The characteristics of the mothers of infants with HBsAg-positivity is shown in Table 1.

Conclusion: According to our results, viral load may not be the only effecting factor for transmission of HBV to children of infected mothers. Beside this, antiviral therapy at third trimester of pregnancy seems to be safe. The pregnant women with high viral load should be followed-up closely during pregnancy. They have to begin to take tenofovir or telbivudine, which are category B drugs for pregnancy, at latest at the beginning of the third trimester, as we do not have any better option in this situation, so that they can reach delivery with negative HBV DNA levels. We need new treatment strategies, and close follow-up of mothers and children is another important issue.

Keywords: Hepatitis B, Pregnancy, Perinatal Transmission, Antiviral therapy

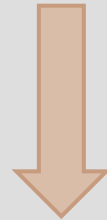
Table 1. Characteristics of the mothers of infants with HBsAg-positivity

Patient	Age	HBeAg	HBV DNA (copy/ml)	Therapy (gestational week)	Antiviral agent
1	24	negative	25200	No	
2	35	positive	21500	No	
3	28	positive	152000000	Yes (28)	Tenofovir

HBsAg (+) gebe



1. trimester CBC, ALT, INR, HBeAg, HBV
DNA bakılır



Aktif hastalık ve ileri fibroz varsa

Tenofovir

Telbuvudin

26-28. haftada ALT, HBV DNA



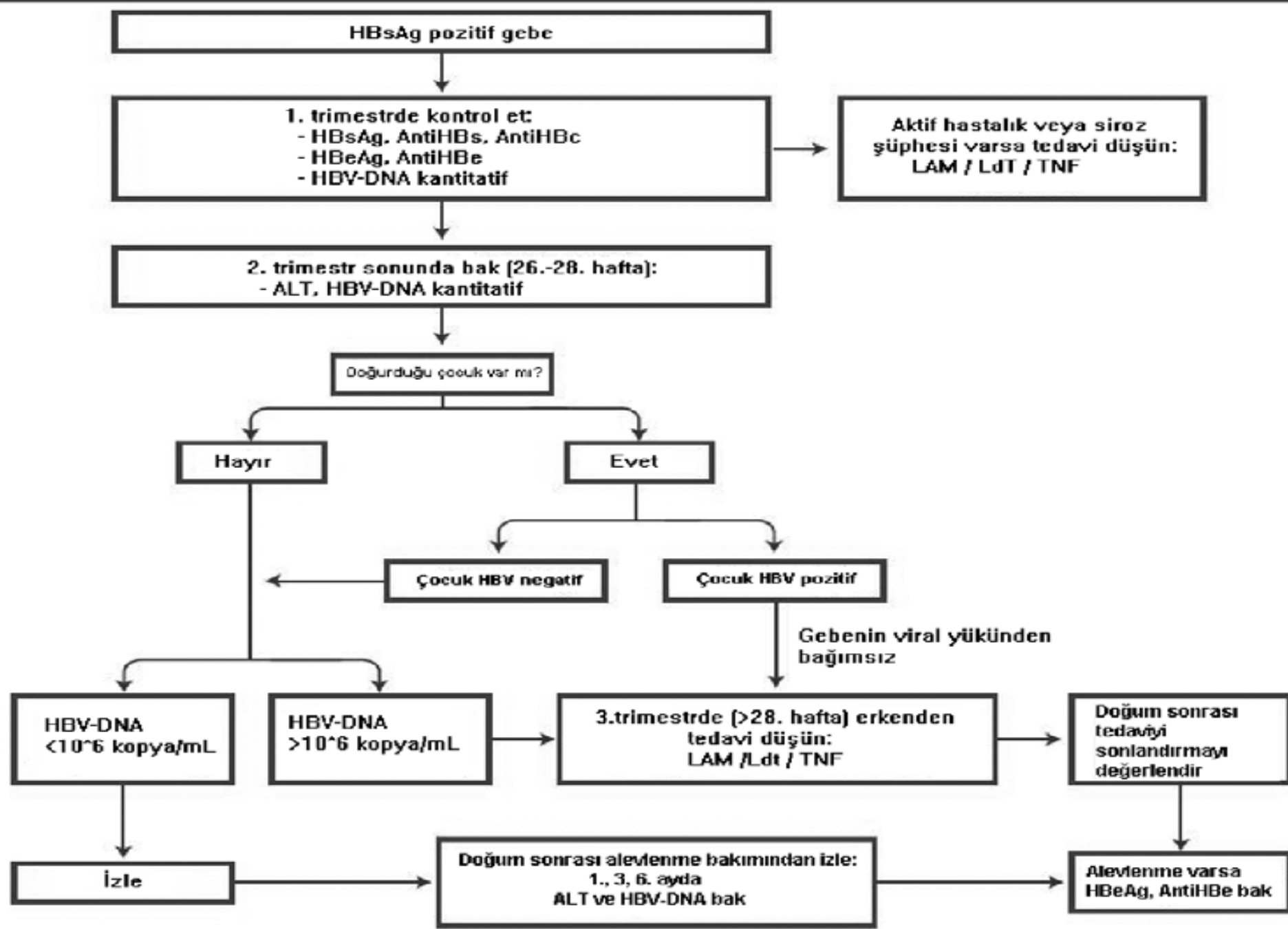
HBV DNA $< 10^6$ copy/ml



Takip



Bebeğe doğum sonrası ilk 12 saat HBV aşısı ve HBIG



Tedavi süresi

Gebelikte başlanan tedaviye doğum sonrası ne kadar devam edileceği kesin değildir

- Tedavinin doğum sonrası 1 ay verilmesi önerilmekte
- Hepatik alevlenme riski nedeniyle 6 ay sürdürülüp kesilmesi düşünülebilir
 - ✓ Bu kararı verirken annenin bebeği emzirme isteği dikkate alınmalıdır

Anneden Bebeğe HBV'nin Geçişini Önleme

- Gebelikte HBV anneden fetusa genellikle doğum esnasında geçer
- Doğumu takiben ilk 12 saat içerisinde bebeğe;
 - ✓ Hepatit B aşısı, 0.5 mL
 - ✓ Hepatit B immünoglobulin 100 IU (0.5 mL)

Doğum şekli;

- Sezaryen ve normal doğum arasında fark yok.
- Sezaryen önerilmiyor!

Wang J. Chin Med J 2002; 115: 1510-2.
Saltoğlu N.Viral hepatit 2013.



Postpartum HBV geçişinde emzirmenin rolü nedir;

- HBsAg pozitif anne emzirmeli mi?
- Antiviral ilaç kullanan anne emzirmeli mi?

- ✓ Anne sütünün vertikal geçişle ilişkisi gösterilmemiş
- ✓ Anne ve bebek arasında vücut sıvısı ve kan teması olmadığı sürece, anne sütünden geçişin çok düşük olduğu bildirilmiş

Zheng Y et al. BMC Public Health, 2011

- Lamivudin plesantadan difüze olur
- Gestasyonel 34. hafta ve postpartum 6. ay arasında lamivudin alan annelerin çocuklarında önemli ölçüde LAM saptanmıştır

Rezk NL et al, Ther Drug Monit 2008

EMZİRME DÖNEMİ



Doğumda;

- **Aşı**
- **İmmünoglobulin**

**Emzirme
ÖNERİLİR**

Emzirme

Emzirme HBV geçiş riskini artırmıyor

- Kolostrumda HBV DNA tespit edilmekte

Çalışma 1; HBV infekte anneden doğan 147 infant
Anneler emzirmesine karşın bebekte pozitiflik olmamış

Beasley RP. *Lancet* 1975; 2:740

Çalışma 2; HBV infekte anneden doğan 369 yenidoğan
hepsi de HBV immünoprofilaksi almış
101 emzirilen, 9 mama alan bebeklerin hibirinde
HBsAg pozitifliğine rastlanılmamış

Hill JB. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 1049

Bir Doğum Hastanesinde HBsAg testi ve Hepatit B'yi Önleme Uygulamalarının Geliştirilmesine Yönelik Bir Müdahale Araştırması

[An Intervention Study to Improve HBsAg Testing and Preventive Practices for Hepatitis B in an Obstetrics Hospital]

SUMMARY

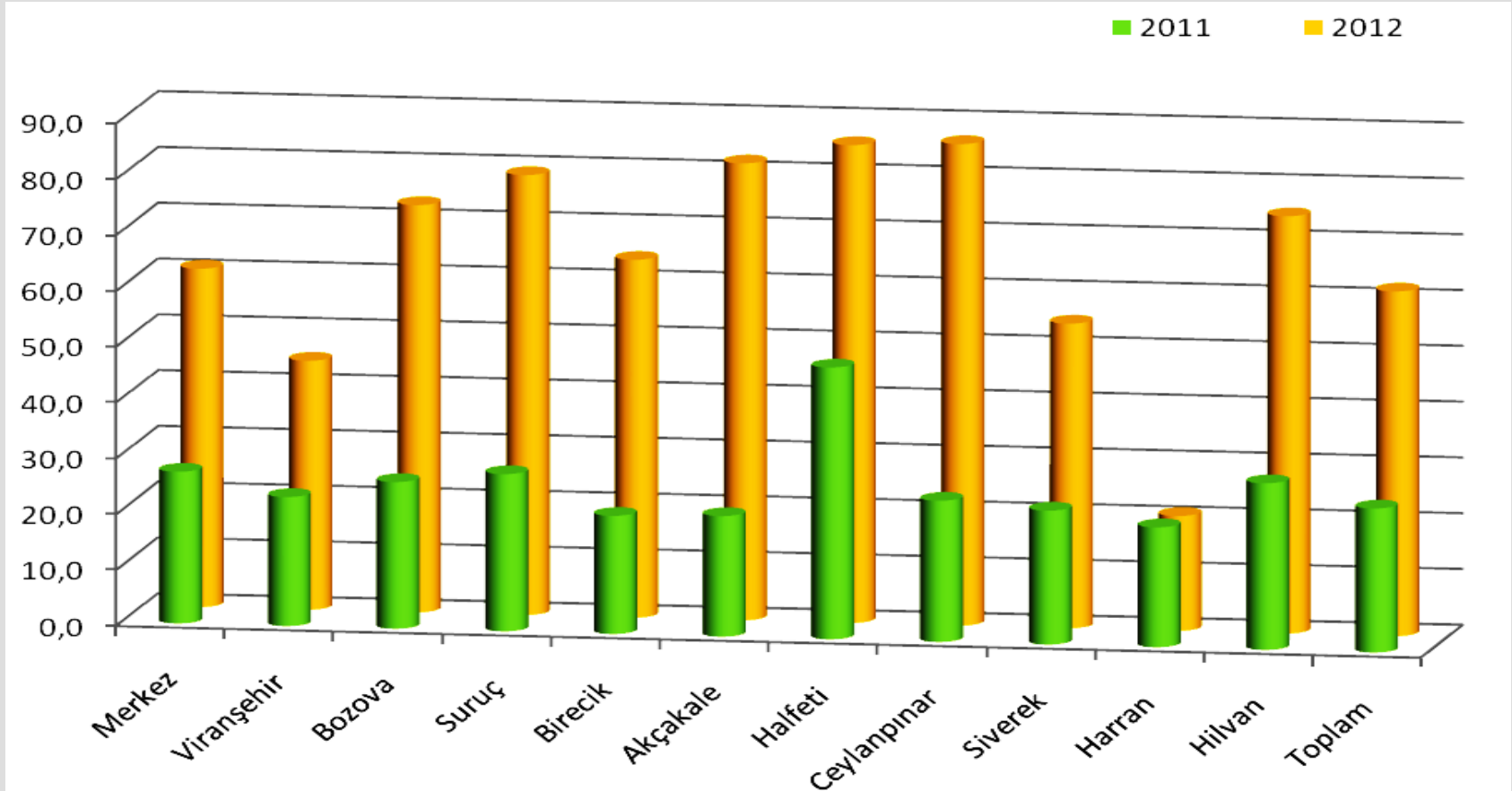
AIM: This study was conducted to determine the effectiveness of a multicomponent intervention in Sanliurfa Gynecology and Obstetrics Hospital (SGOH), which is designed to overcome the obstacles encountered in the application of HBsAg testing to all delivering women, the administration of hepatitis B vaccine and Hepatitis B Immunglobulin(HBIG) to newborns of HBsAg positive pregnant women

**Ibrahim Koruk¹
Suda Tekin Koruk²
Ayşegül Çiçek Çopur³
Zeynep Simsek¹**

BULGULAR: KHDH'de 2007 yılında 18,709 doğum yapılmış, gebe kadınların sadece %16,5'ine HBsAg testi yapılmış ve %0,8'inde HBsAg pozitifliği saptanmıştır. HBsAg pozitif annelerin yenidoğanlarının %28,2'sine HBIG uygulanmıştır. Tüm yenidoğanların %71,4 (13349)'üne ise Hepatit B aşısı yapılmıştır. Müdahaleden sonra HBsAg testi yapılması, HBsAg pozitifliği durumu, HBIG uygulaması ve Hepatit B aşı uygulaması sırası ile 6,0, 5,8, 2,0 ve 1,2 kat artmıştır ($p<0.05$).



Proje: Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü ile HrÜTF Halk Sağlığı
AD Doç. Dr. İbrahim Koruk ve İnfeksiyon Hast. Klin. Mik. AD Doç.
Dr. Süda Tekin Koruk
**2011-2012 yılları arasında gebelere yapılan HBs Ag
testi düzeyindeki değişim**



Öneriler:

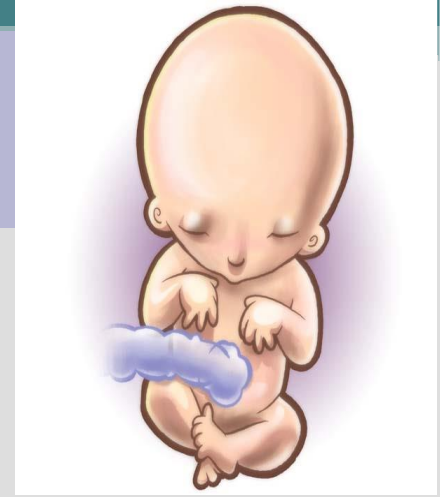
1. Doğurganlık çağındaki tüm kadınların ve gebelerin taramaları yapıp, HBV profilaksileri sağlanılmalı
2. Gebelik öncesinde HBV (+) tedavi kararlarını verirken bebek istekleri değerlendirilmeli
3. Gebe HBV (+) hastalar, hastalığın şiddeti hakkında değerlendirilmeli
4. Testler 28. gebelik haftasında tekrarlanmalıdır
5. Tüm HBV ile infekte gebelerin bebekleri doğumu takiben 12. saate kadar HBV aşı ve HBIG
Aşı şeması 3 doza tamamlanmalıdır

Öneriler:

6. Gebelik öncesi ilerlemiş fibroz ve sirozu => Peg INF alfa (6 ay süre ile gebelik yok!)
7. Gebelik öncesinde Peg INF alfa => tedavi kesilmeli
8. Karaciğer fibrozu=>
 - ADV veya ETV ile başlanmış→ KES, TDF başla
 - LAM, TDF veya LdT önceden başlanmışsa→ tedavi yanıtı varsa değişiklik yapılmadan devam edilmeli

Sonuç olarak;

- Hafif şiddetli hastalık, düşük viremi
 - Gebelik öncesi tedavi
- Orta derecede şiddetli hastalık, siroz yok
 - Gebelik öncesi tedavi, eğer yanıt vermişse gebelik öncesi tedaviyi kes
- İleri derecede karaciğer hastalığı
 - Tedavi başla ve gebelik süresinde devam et, doğumdan sonra sürdür
- Hafif şiddetli hastalık yüksek viremi
 - Son trimestirde kategori B ilaçlarla tedavi et.



Uzlaş Raporu

Gebelikte Kronik Hepatit B Yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaş Raporu

Nazlım Aktuğ-Demir 1 ,

Ali Asan 2 ,

Celal Ayaz 3 ,

Mustafa Kemal Çelen 3 ,

Sükran Köse 4 ,

Ziya Kuruüzüm 5 ,

Bahar Örmən 6 ,

Nese Saltoğlu 7 ,

Murat Savaş 8 ,

Fatma Sırmate 9 ,

Süda Tekin-Koruk 10 ,

Necla Tülek 11 ,

Nesrin Türker 6 ,

Onur Ural 12 ,

Saadet Yazıcı 13

1 Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya, Türkiye

2 Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa, Türkiye

3 Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

4 İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

5 Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

6 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

7 İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

8 Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

9 Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye

10 Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

11 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

12 Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

13 İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Klinik Dergisi 2013; 26: 12-19

DOI: 10.5152/kd.2013.14

Klinik Dergisi 2013; 26: 12-9
DOI: 10.5152/kd.2013.14

Kayseri ekibine çok teşekkürler!!!!

Sağlıklı günlere...

