

Bölüm 9

GEBELİKTE ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI



Burak ÜLKÜMEN¹

Gebelik seyri boyunca tüm vücutta farklı sistem ve organları içeren ciddi değişiklikler ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu değişikliklerin büyük kısmı anne ya da fetüse zarar vermezken bir kısmı hastalık ya da patolojik süreçlere yol açmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan adaptif hormonal ve fizyolojik süreçler her organ ve bölgeyi olduğu kadar üst solunum yolunu da etkilemektedir. Her ne kadar gebelik ilişkili ortaya çıkan üst solunum yolu semptom ve bulgularının büyük kısmı geçici ve hafif düzeyde olsa da yaşam kalitesini ciddi anlamda bozduğu durumlar da söz konusudur. Bu nedenle gebeliğin tetiklediği üst solunum yolu şikayetlerinin olası etki ve sonuçları hekim ve hasta farkındalığı açısından önem taşımaktadır. Bu sayede üst solunum yolu problemi olan gebelerin kulak burun ve boğaz hastalıkları bölümüne yönlendirilmesi ile palyatif önlemler ve tedavilerin uygulanabilmesi mümkün olabilecektir. Nihai olarak da mevcut soruna ait tedavi seçenekleri ve riskleri anne ile paylaşarak güvenli ve kabul edilebilir bir yönetim sağlanabilecektir. Öte yandan söz konusu semptom ve bulgular belirli şiddet ve değerlerin üzerinde olduğunda maternal ve fetal komplikasyonlara neden olma riski taşıdığından ilaç tedavisi ve cerrahi girişimler gerekebilmektedir. Bu da her iki uzmanlık alanının eşgüdümünü gerektirmektedir. Bu bölümde üst solunum yolu hastalıkları, gebeliğin tetiklediği fizyolojik ve patolojik belirti ve bulgular perspektifinden irdelenmiştir. Bu nedenle üst solunum yolunda özellikle gebelik sırasında ortaya çıkan veya daha önce var olan ancak şiddeti artan klinik durumlar anlatılmıştır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi KBB AD., drburak@gmail.com

Özetle, gebelikte GÖR ve LFR'nin kendi kendini sınırlayan doğası nedeniyle, başlangıçta konservatif bir yönetim yaklaşımı benimsenmelidir. Ancak gebelik geleneksel farmakolojik tedavinin kullanımına engel değildir ve daha ağır vakalarda farmakolojik tedavi protokolleri kullanılabilir.

ÖZET

Üst hava yolu ile ilgili semptomlar ve hastalıklar hamilelik sırasında yaygındır ve çoğu doğum sonrası kendiliğinden düzelir. Bununla birlikte, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve KBB uzmanlarının, hem annenin hem de fetüsün sağlığını göz önünde bulundurarak bunları etkili ve güvenli bir şekilde yönetebilmeleri için altta yatan patolojik süreçlere ve güncel tedavi protokollerine hakim olmaları gerekmektedir.

Gebelik ilişkili üst hava yolu semptom ve hastalıklarının bir kısmı yaklaşan ciddi klinik durumlar için erken uyarı işaretleri olma potansiyeli taşımaktadır. Bunların erken tanınması gereksiz zararları önleyebilir ve erken teşhisi sağlayabilir. Öte yandan, gereksiz tedaviden kaçınmak da fetüsün risklerini azaltabilir. Doğum öncesi dönemde farmakolojik tedavinin yan etkileri ve kullanımının güvenliği hakkında eksiksiz bilgi zorunludur. Kısaca, gereksiz tedavi ve yetersiz tedavi arasındaki teraziye dengelemek için kadın hastalıkları ve doğum uzmanının gebelikte üst hava yolu ilişkili patolojiler konusunda asgari düzeyde bilgi sahibi olması ve yetersiz kaldığı durumlarda mutlaka KBB hekimi ile iş birliği içinde olması vazgeçilmezdir.

KAYNAKLAR

1. Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding G, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition 2007). *Clin Exp Allergy*. 2017;47(7):856-889. doi: 10.1111/cea.12953.
2. Ulkumen B, Ulkumen BA, Pala HG, et al. Pregnancy rhinitis in Turkish women: Do gestational week, BMI and parity affect nasal congestion? *Pak J Med Sci*. 2016;32(4):950-4. doi: 10.12669/pjms.324.10164.
3. Ellegard EK. Clinical and pathogenetic characteristics of pregnancy rhinitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2004;26(3):149-159.
4. Li AR, Zhang K, Reddy PD, et al. Systematic review of measures of disease severity in rhinitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;27. doi: 10.1002/alr.22794.
5. Franklin KA, Holmgren PÅ, Jönsson F, et al: Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest* 117, 137-141 (2000).
6. Rundcrantz H: Postural variations of nasal patency. *Acta Otolaryngol*. 68, 435-443 (1969).
7. Silkoff PE, Robbins RA, Gaston B, et al: Endogenous nitric oxide in allergic airway disease. *J. Allergy Clin. Immunol*. 105(3), 438-448 (2000).

8. Juniper EF: Measuring health-related quality of life in rhinitis. *J. Allergy Clin. Immunol.* 99, S742-S749 (1997).
9. Ellegard EK. Special considerations in the treatment of pregnancy rhinitis. *Womens Health (Lond Engl)* 2005;1(1):105-114.
10. Namazy JA, Schatz M. Diagnosing rhinitis during pregnancy. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2014;14(9):458. doi:10.1007/s11882-014-0458-0.
11. Ayrim A, Keskin E, Ozol D, et al. Influence of self-reported snoring and witnessed sleep apnea on gestational hypertension and fetal outcome in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(2):195-199.
12. Franklin K, Holmgren PA, Jonssen F. Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest.* 2000;117:137-141.
13. Kumar R, Hayhurst KL, Robson AK. Ear, nose, and throat manifestations during pregnancy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145:188-98.
14. Shushan S, Sadan O, Lurie S, et al. Pregnancy associated rhinitis. *Am J Perinatol* 2006;23(7):431-433
15. Gümüşsoy M, Gümüşsoy S, Çukurova İ. Gebelik döneminde sık karşılaşılan rinolojik sorunlar: Tanı ve tedavide uygun yaklaşımlar. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2017;27(1):13-19. doi:10.5222/terh.2017.013
16. Shiny SV, Varghese A. ENT Changes of Pregnancy and Its Management. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;66(1):6-9. doi: 10.1007/s12070-011-0376-6.
17. Ulkumen B, Batir MB, Artunc Ulkumen B, et al. Role of VPAC1 and VPAC2 receptors in the etiology of pregnancy rhinitis: an experimental study in rats. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2020;1:S1808-8694(20)30115-4. doi: 10.1016/j.bjorl.2020.06.015.
18. Ulkumen B, Ulkumen BA, Batir MB, et al. Change in expression of NFκB and MUC5AC in nasal mucosa during pregnancy. *J Surg Med.* 2020;4(9):771-774. doi: 10.28982/josam.789704
19. Rambur B: Pregnancy rhinitis and rhinitis medicamentosa. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 14(12), 527-530 (2002). 38z. Jackson LE, Koch RJ: Controversies in the management of inferior turbinate hypertrophy: a comprehensive review. *Plast. Reconstr. Surg.* 103(1), 300-312 (1999).
20. Plaut M, Valentine MD. Clinical practice. Allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2005;353(18):1934-1944. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp044141>
21. Coe S, Milgrom J, Trinder J. Mood and objective and subjective measures of sleep during late pregnancy and the postpartum period. *Behav Sleep Med* 2014;4(12):317-30. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.801348>
22. Ulkumen B, Artunc-Ulkumen B, Celik O. Impact of pregnancy on voice: a prospective observational study. *Logoped Phoniatr Vocol.* 2021 Mar 31;1-6. doi: 10.1080/14015439.2021.1903076.
23. Ulkumen B, Artunc Ulkumen B, Batir MB, et al. The Role of TREK-1 and AQP5 in Gonadocorticoid-Related Voice Disorders. *J Voice.* 2020 May 19:S0892-1997(20)30160-0. doi: 10.1016/j.jvoice.2020.04.024.
24. Bhatia PL, Singh MS, Jha BK. Laryngopathia gravidarum. *Ear Nose Throat J.* 1981;60(9):408-412.
25. Ankola A, Sulica L, Murry T. Laryngeal dystonia gravidarum: sudden onset of adductor spasmodic dysphonia in pregnancy. *Laryngoscope.* 2013 Dec;123(12):3127-30. doi: 10.1002/lary.24225.
26. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastro-esophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope.* 1991;101(4 pt 2 suppl 53):1-78.
27. Koufman J, Sataloff RT, Toohill R. Laryngopharyngeal reflux: consensus conference report. *J Voice.* 1996;10(3):215-216.
28. Garbis H, Elefant E, Diav-Citrin O, et al. Pregnancy outcome after exposure to ranitidine and other H2-blockers. A collaborative study of the European Network of Teratology Information Services. *Reprod Toxicol.* 2005;19(4):453-458