

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

8. BÖLÜM

Mustafa MARAŞLI¹

GİRİŞ

Gastrointestinal sistem gebelikte sık olarak etkilenmektedir ve en sık gözlenen semptom ise bulantı kusma olmaktadır. İlk trimester gebeliklerin yaklaşık %80' inde hafiften şiddetliye kadar değişik derecelerde bulantı kusma görülür. Hiperemesis gravidarum ağır ve dirençli bulantı kusma tablosuyla seyrederek ve insidansı genellikle % 0.5- 1 civarında gözlenir⁽¹⁾.

Genç yaş hastalar, ilk gebelikler, sigara içmeyenler, eğitim düzeyi düşük olanlar, çoğul gebelikler ve obez hastalarda bulantı kusma daha fazla olduğu saptanmıştır⁽²⁾. Ayrıca şehirde yaşayanlarda ve gelişmiş batı ülkelerinde ve gebelikte görülen bulantı ve kusma daha sıktır. Asya toplumlarında ise daha az görülmektedir.

Hiperemesis gravidarum, aşırı bulantı kusma ile beraber, vücut ağırlığının % 5'ini kaybedecek düzeyde kilo kaybı oluşması, dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asid-baz dengesizliği bazen de hepatik ve renal yetmezlik ile seyredebilen bir klinik tablodur⁽³⁾. Genellikle semptomlar 4. ile 8. gebelik haftaları arasında başlar ve genellikle 20. gebelik haftasından önce azalarak sonlanır. Çok

nadir gebelik boyunca devam eden inatçı vakalar da bulunmaktadır.

Bulantı kusmaya yol açan ya da şiddetlendirdiği kabul edilen etkenler: gebelikte artan hormon düzeyleri (östradiol, progesteron, β -hCG), üst gastrointestinal sistem dismotilitesi, Helicobacter pylori enfeksiyonu, beslenme bozuklukları, immun sistem disfonksiyonu, hipertiroidizm ve psikolojik faktörler sıralanabilir.

Bulantı ve kusma, yüksek serum β -hCG düzeyleri ile seyreden mol hidatiformu olanlarda ve Down sendromlu fetus taşıyan gebelerde daha sıktır. Ayrıca hiperemesis gravidarumlu hastalarda tiroid fonksiyon anormallikleri geliştiği, % 40-73 oranında FT4 düzeyinin arttığı bildirilmiştir⁽⁴⁾. β -hCG 'nin tirotropik aktivitesi yapılan birçok araştırma ile ortaya net bir şekilde konulmuştur⁽⁵⁾. Hem reseptörler yönüyle hem de yapısal olarak β -hCG ile TSH benzerlik göstermektedir. Tiroid hormonlarındaki yükselme, β -hCG' ye aşırı duyarlı tirotropin reseptörlerine ya da TSH stimülasyonunu artmasına yol açan varyant β -hCG düzeyine bağlanmaktadır⁽⁶⁾. Geçici hipertiroidi oluşan bu vakalarda tiroid antikörleri negatiftir ve genellikle guatr bulunmaz.

¹ Op. Dr., Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, maraslimustafa@hotmail.com

Yardımcı İlaç Tedavileri

Gebelikte gastroözofeal reflü hastalığı mevcut ve bulantı kusmaya neden oluyorsa ilk tedavisi yaşam tarzı ve diyet değişikliğidir. Semptomların devam ettiği hastalarda farmakolojik tedaviye anti-asitlerle başlanmalı ve ardından sukralfat başlanmalıdır. Ayrıca dirençli hastalarda gebelik sırasında proton pompa inhibitörleri lansoprazol veya esomeprazol, H2 reseptör antagonistleri olan ranitidin ve simetidin kullanılabilir.

İlaç Dışı Tedavi Basamakları

Mide bulantısı olan ve seyrek kusması olan kadınlar için ilk tedavi yaklaşımı; diyet değişiklikleri ve tetiklemelerden kaçınma hakkında danışmanlık vermektir. Protein ağırlıklı, tuzlu, az yağlı, yumuşak veya kuru gıdalar önerilmektedir. Küçük ancak sık aralıklı porsiyonlarla beslenilmelidir. Hafif mide bulantısı ve kusma olan kadınlar için zencefil içeren gıdaların (örneğin; zencefilli şekerler, zencefil çayı, zencefil kökü veya şuruptan hazırlanan gıdalar) kullanılması önerilebilir. 12 randomize çalışmanın meta-analizinde zencefil plaseboya kıyasla mide bulantısını azalttığı ancak kusmayı önemli ölçüde azaltmadığı saptanmıştır⁽¹²⁾.

Davranışsal tedaviler içinde en sık kullanılanlar tedavilerden birisi de hipnoz uygulamasıdır. Çok fazla kontrollü çalışmalar bulunmamasına rağmen, ilaç tedavisinden fayda görmeyen bir hasta grubunda, 1 ile 3 seans arasında hipnoz uygulanmış ve % 88 başarı elde edilmiştir⁽¹³⁾.

KAYNAKLAR

1. Kallen B: Hyperemesis during pregnancy and delivery outcome: a registry study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;26:291-302.
2. Klebanoff MA, Koslowe PA, Kaslow R. Epidemiology of vomiting in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66:612-6
3. Jarnfelt_Samsioe A, Samsioe G, Velinder G. Nausea and vomiting of pregnancy: a contribution to its epidemiology. *Gynecol Obstet Invest* 1983;16:221-9
4. Bober SA, McGill AC, Tunbridge WMG. Thyroid function in hyperemesis gravidarum. *Acta Endocrinol* 1986;111:404
5. Yamazaki K, Sato K, Shizume K: Potent thyrotropic activity of human chorionic gonadotropin variants in terms of I incorporation and de novo synthesized thyroid hormone release in human thyroid follicles. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80:473-479.
6. Hershman JM. Human chorionic gonadotropin and the thyroid: hyperemesis gravidarum and trophoblastic tumors. *Thyroid* 1999;9:653-7
7. Goodwin TM, Hershman JM, Cole L: Increased concentration of the free (3-subunit of human chorionic gonadotropin in hyperemesis gravidarum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994-73:770-772
8. Frigo P, Lang C, Reisenberger K: Hyperemesis gravidarum associated with Helicobacter pylori seropositivity. *Obstet Gynecol* 1998;91:615-617
9. Goodwin TM: Hyperemesis gravidarum. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:597-605.
10. Spruill SC, Küller JA: Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke's encephalopathy. *Obstet Gynecol* 2002;99:875-878
11. Practice Bulletin No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015; 126:e12
12. Viljoen E, Visser J, Koen N, Musekiwa A. A systematic review and meta-analysis of the effect and safety of ginger in the treatment of pregnancy-associated nausea and vomiting. *Nutr J* 2014; 13:20.
13. Fuchs K, Paldi E, Abramovici H, Peretz BA. Treatment of hiperemesis gravidarum by hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 1980; 28: 313-23