

Hiperemesis Gravidarum

(20 olgunun klinik değerlendirilmesi)

T. YARDIM^a, L. KIVRIKOĞLU^b, Ş. KARAHASAN^c

^a Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim dalı Öğretim Üyesi (Doç. Dr.) EDİRNE

^b Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim dalı (Araş. Gör.) EDİRNE

^c Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Hast. Doğum Anabilim Dalı (Araş. Gör.) EDİRNE

ÖZET :

1984 — 1987 yılları arasındaki sürede, kliniğimizde tedavi edilen 20 hiperemesis gravidarum olgusu retrospektif olarak gözden geçirildi.

Hastaların % 70 i primigravida, ortalama yaş 24,4 ve gebelik haftası 10,6 olarak bulundu.

Hastaların en az oranda (% 10) kış mevsiminde muracaat ettiği, diğer mevsimlerde ise yaklaşık aynı oranlarda oldukları saptanmıştır.

Tedavide; parenteral tedavi süresi hastanın bulantı ve kusmasına göre ayarlanmış ve ortalama 4,2 gün sürmüştür. Hastaların hastanede yatış süreleri ortalaması da 5,2 gündür. Uyguladığımız diette sıvı kısıtlaması yapmayıp bol kalorili, tuzlu yiyecekler kullandık. Tedavi % 90 oranında başarılı oldu. 2 hastamız ikinci kez yatırılıp tedavi edildi. Hiçbir hastamıza terapötik abortiyon uygulanmadı.

SUMMARY :

A CLINICAL EVALUATION OF 20 CASES OF HYPEREMESIS GRAVIDARUM

In a period of three years, 20 cases of hyperemesis gravidarum have been treated in our clinic.

70 % of these cases were primigravidas. The mean age was 24,4 and the mean gestational age was 10,6 weeks. The number of cases hospitalized in winter was very small (10 %), and the rest of the cases were divided about equally to other three seasons.

Parenteral therapy was regulated according to existence of nausea and vomiting, and the mean duration was 4,2 days. The mean duration of hospitalization was 5,2 days. The diet We recommended was rich of liquid and calories. The success of therapy was 90 %. 2 cases were treated a second time because of the recurrence of nausea and vomiting, and the second therapy was succesful. We had no cases that therapeutic abortion were carried out.

GİRİŞ:

Erken gebelikte çeşitli derecelerde bulantı ve kusma son derece sıktır. Gebelerin yaklaşık yarısında bulantı - kusma vardır^{1, 2}. Ancak bu kusmalar olguların % 3,5 kadarında gebenin metabolizmasında değişikliklere yolaçacak şekilde gelir ve buna hiperemesis gravidarum denir^{1, 2}. Bu durumlarda vakit geçirmeden altta yatan organik veya emosyonel faktörler saptanıp tedaviye geçilmelidir¹.

Olguların 2/3 ü primipar kabul edilmekle birlikte, multiparlarda daha fazla olduğuna dair yayınlar da vardır^{3, 4}.

Bulantı ve kusma genellikle 5-6. haftalarda başlar, 14-16. haftalara kadar devam eder^{2, 10}. Bulantı kusma özellikle sabahları daha fazladır, ama bütün gün de devam edebilir¹⁰.

Gebeliğe bağlı bulantı ve kusmaların oluş nedeni bilinmemektedir^{1, 2, 9, 10}. Ancak tanıya yönelik çeşitli araştırmalarda organik bir neden bulunamadığı zaman emosyonel nedenler düşünülür. Bulantı - kusmaların fazla olduğu çoğu gebelikte; kadının çocuk için psikolojik ve sosyal yönden henüz hazır olmadığı bir devrede gebe kaldığı görülür¹². Ayrıca ilaçsız tedavinin de önemli ölçüde başarılı olması tablonun gelişmesinde psikososyal faktörlerin önemli olduğunu gösterir¹.

Çoğul gebeliklerde ve mol gebeliklerinde fazla miktarda kusma ve bulantı olur^{1, 10}. HCG düzeylerinin bu olayda etkili olup olmadıkları konusunda yapılan araştırmalarda HCG nin bulantı ve kusması fazla olan hastalarda anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür^{1, 6, 7, 8, 10, 11}.

Bunlardan başka estrogen, progesteron ve SP1 (Pregnancy specific beta 1 glycoprotein - schwangerschaftsprotein 1) düzeylerinin konuyla ilgisi araştırılmışsa da sonuçları tartışmalıdır^{7, 8}.

Tedavide prensipler ayaktan veya yatarak tedaviye göre değişir. Hafif ve orta kusmaları olan gebelerde psikolojik destek, istirahat, hafif sedasyon, vitaminler ve antihistaminik - antiemetikler yeterlidir. Hiperemesis gravidarum olgularında; hasta bulunduğu ortamdan ayrılır, hospitalize edilir, ağızdan beslenme kesilir, hastanın dehidratasyon derecesine, elektrolitlerin durumuna göre parenteral sıvı tedavisi, elektrolitler, vitaminler, gerekirse amino asit solusyonları verilir, sedasyon uygulanır, antiemetikler de tedaviye eklenir ve yaklaşık 2 gün sonra, bulantıların durumuna göre küçük öğünler şeklinde ağızdan beslenmeye geçilir. Eğer kusmalar tekrarlarsa parenteral tedaviye yeniden başlanır^{1, 2, 9, 10}.

Biz, bu araştırmada kliniğimize son üç yıllık bir süre içinde yatan ve tedavi olan hiperemesis gravidarum olgularını retrospektif olarak tarayıp araştırdık.

MATERYAL VE METOD :

1984 yılı başından 1987 yılı başına kadar geçen 3 yıllık süre içinde kliniğimize yatan 24 hiperemesis gravidarum olgusundan yapılan retrospektif inceleme sonucunda 20 olgu hakkında yeterli bilgi sağlanabilmiş ve değerlendirmeye alınmıştır.

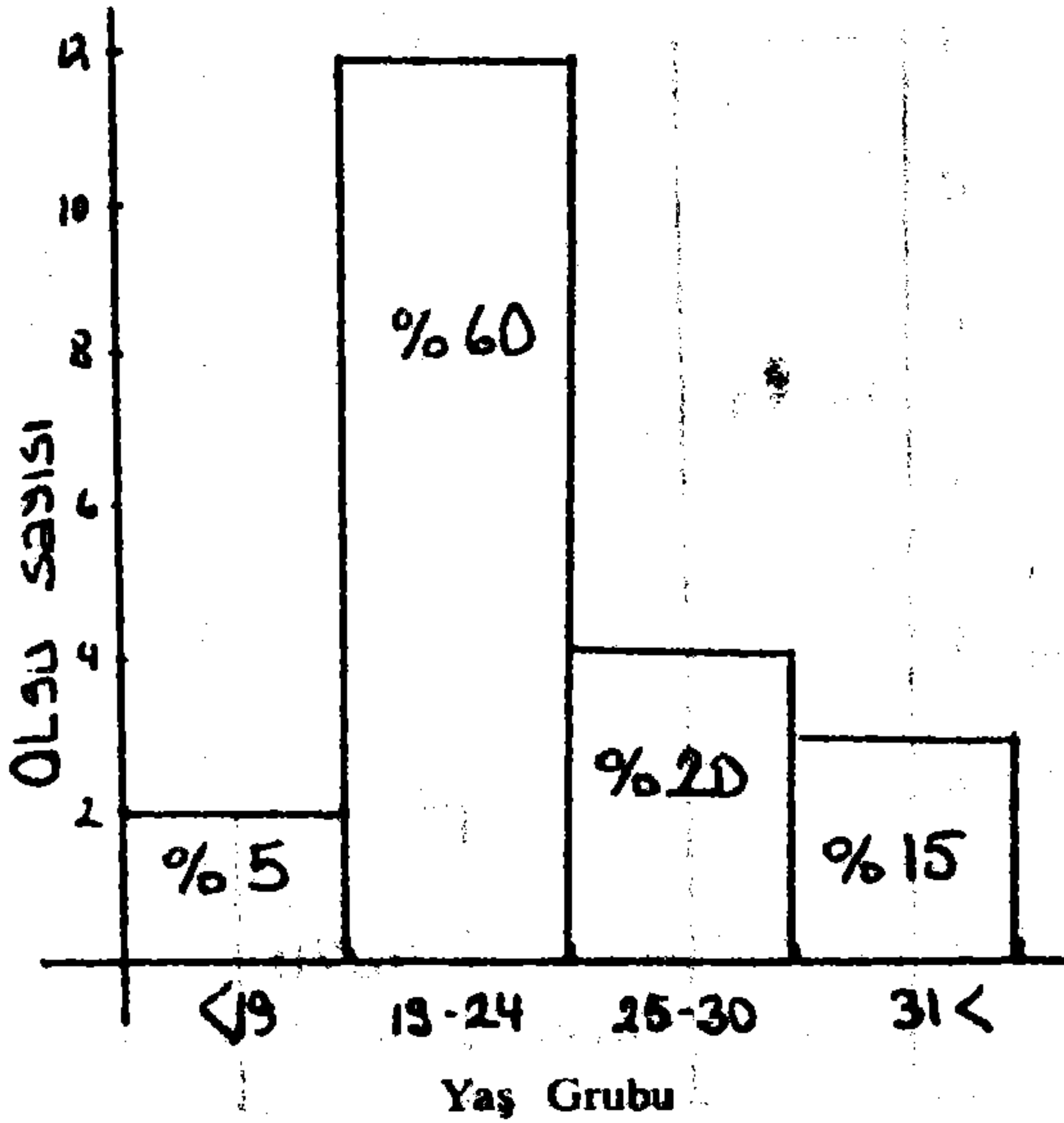
Olguların tanısının konmasında ve hospitalize edilmesinde bulantı ve kusmanın şiddeti, kilo kaybı, hastanın genel durumu, psikolojik durumu ve idrarda keton cisimlerinin pozitif olması gözönüne alınmıştır.

Yatırılan hastalara uygulanan tedavinin ana hatları :

- Hastalar aydınlık, rahat bir odaya yatırıldılar,
- Hepsi diazepam türü bir sedatifle sedatize edildi (Parenteral 10-30 mg/gün, ağızdan 6-15 mg/gün),
- Bulantı ve kusmanın derecesine göre trimethobenzamide türü antihistaminik - antiemetik uygulandı (Parenteral 200-400 mg/gün, supp şekli 200-600 mg/gün),
- Bulantı - kusma kayboluncaya kadar parenteral sıvı tedavisi uygulandı (günde 2000-3000 ml, bunun 500-1000 ml si % 10 veya 20 Dekstroz, geriye kalan miktar ise % 5 Dekstroz, İzolyte, İzotonik NaCl şeklinde),
- Elektrolit değerlerine göre gerekli elektrolit miktarları verildi,
- Tüm hastalara 500 mg B₆ ve polivitamin önce parenteral, sonra per os verildi,
- Hastalar vital bulguları, alınan çıkarılan sıvı miktarları, Hb, Htc, kan biokimyasi ve idrar tahlilleri ile takip edildi,
- Ağızdan tedaviye geçildiğinde sedasyon, B₆, polivitamin, gerektiği zaman antiemetiklere devam edildi,
- Diet olarak küçük öğünler şeklinde sık aralıklarla bol kalorili, kuru dietin aksine sulu kokusuz gıdalar (dondurma, çikolata vs.) başlandı, miktarları yavaşça arttırıldı. Hastaya bol sıvı alması söylendi ve yavaş yavaş normal beslenmeye geçildi.

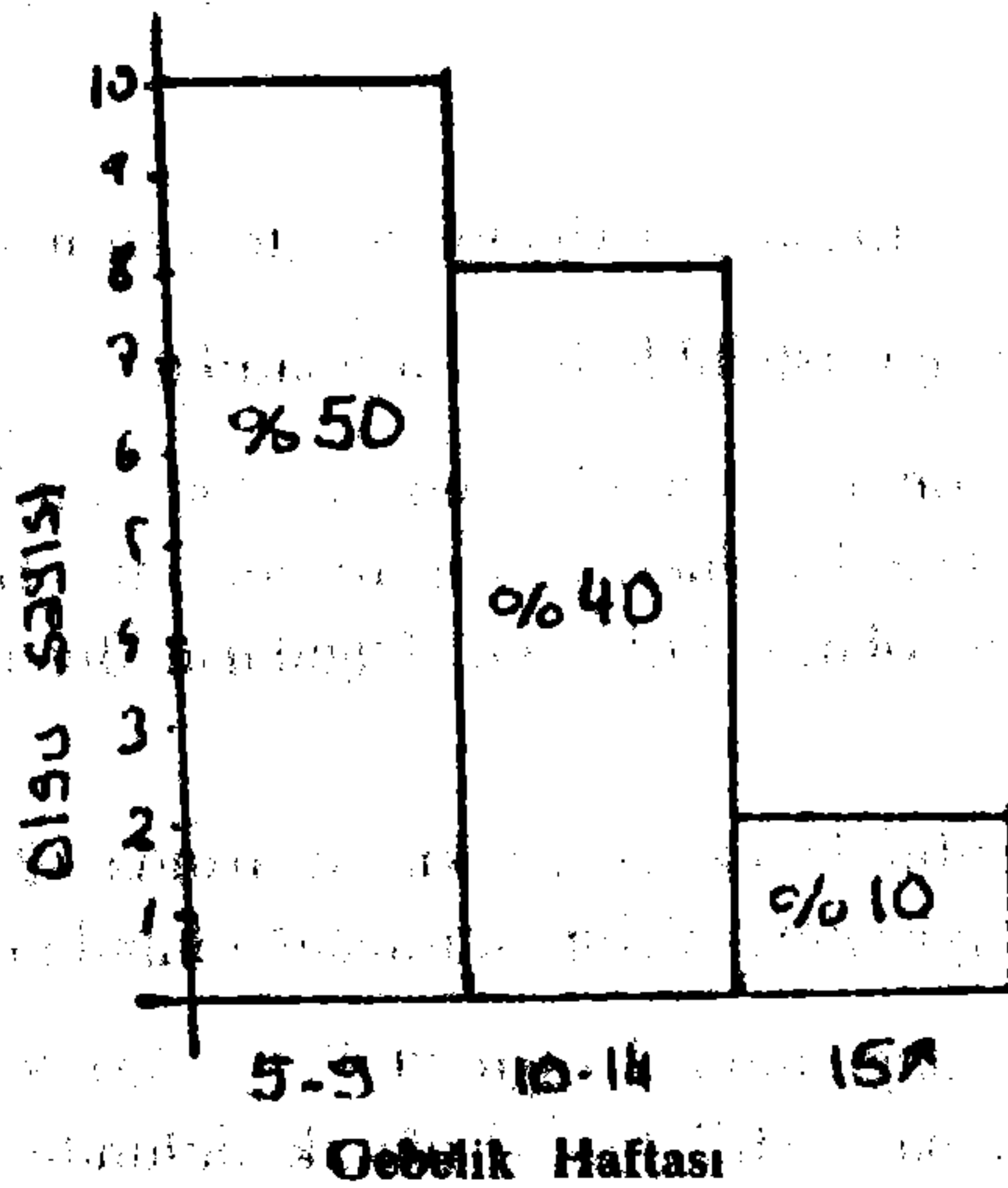
BULGULARI:

Hastalarımızın yaşları 17-40 arasındaydı. Ortalama yaş 24,4 olarak bulundu (Tablo I).



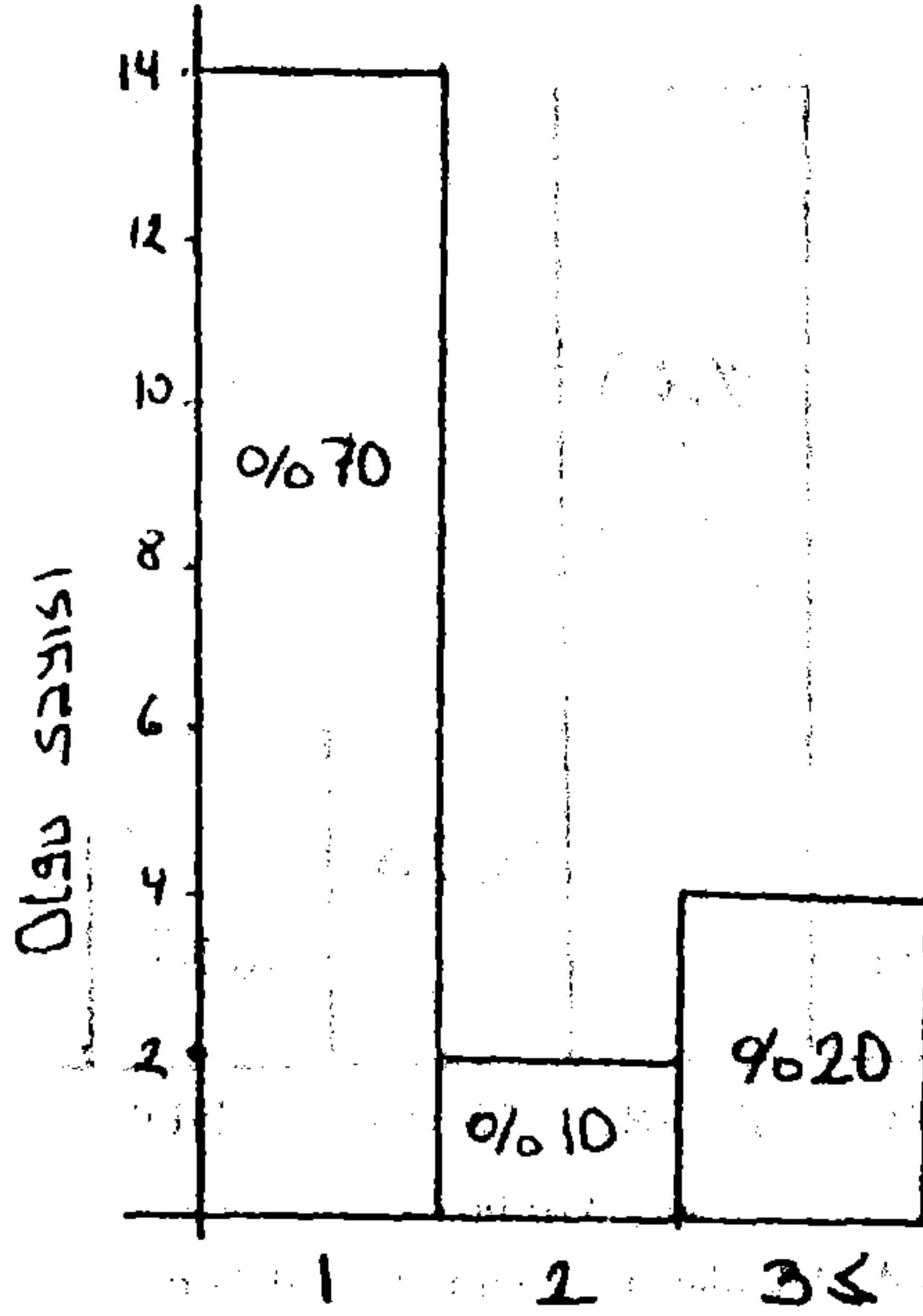
Tablo. I Olguların yaşlara göre dağılımı.

Gebelik haftası ise 6-20 hafta arasında değişmekte idi. Ortalama gebelik haftası 10,6 olarak bulundu (Tablo II).



Tablo. II Olguların gebelik haftasına göre dağılımı.

Gebelik sayısı ise 1-5 arasında değişmekte idi. Ortalama gebelik sayısı 1,7 olarak bulundu (Tablo III).



Gebelik sayısı

Tablo. III Olguların gebelik sayısına göre dağılımı.

Tüm olgular gebelik sırasında herhangi bir işte çalışmayıp ev hanımı idiler.

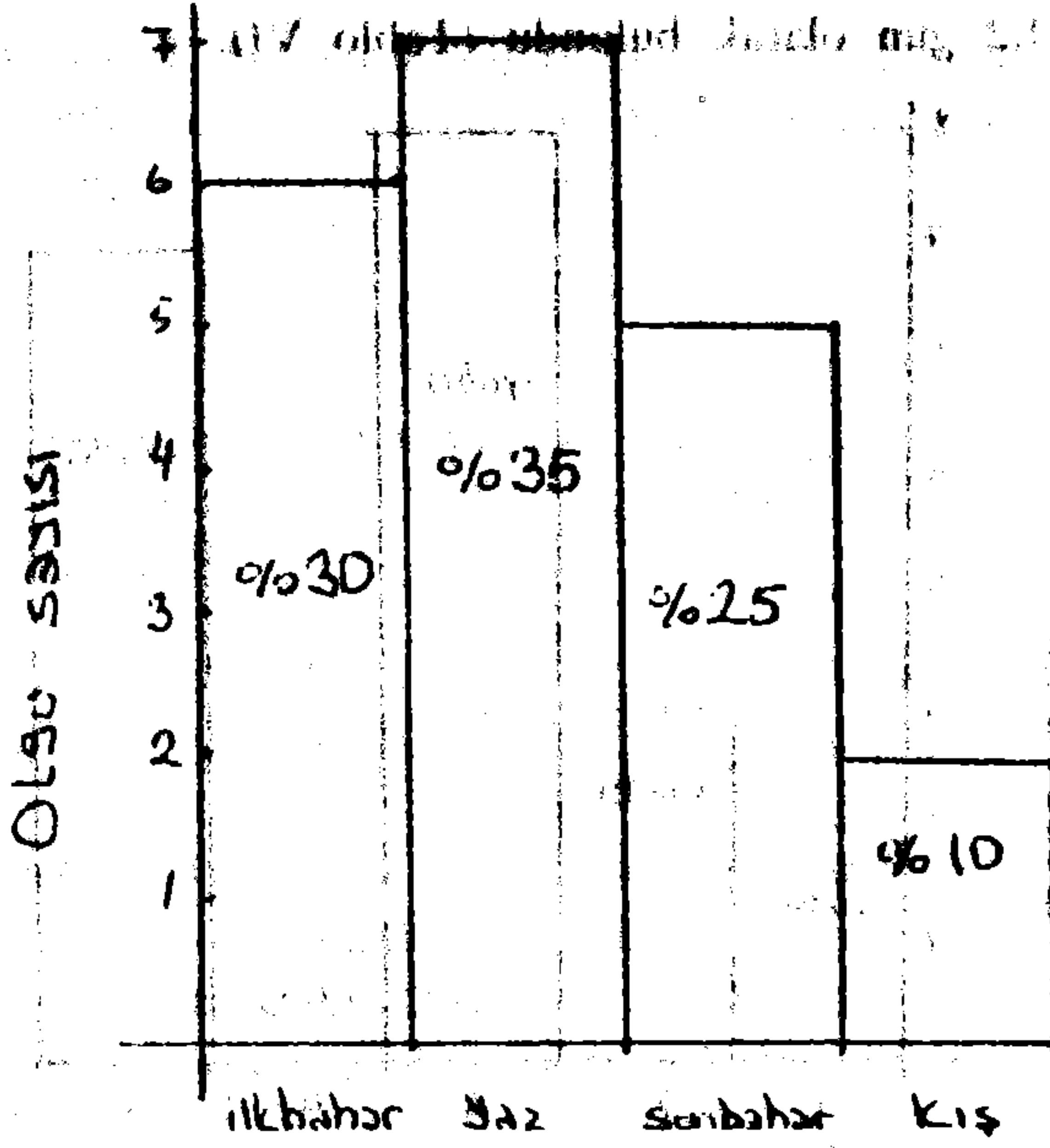
Olguların hepsi gebeliği istediklerini vurguladılar.

20 olgunun 8 tanesinin (% 40) idrarında aseton vardı. Olguların 4 tanesinde (% 20) elektrolit değerleri normalden düşük idi. Bir olgumuzda (% 5) ise protein değerleri düşük olarak bulundu. Olguların diğer laboratuvar bulguları normal değerlerde idi.

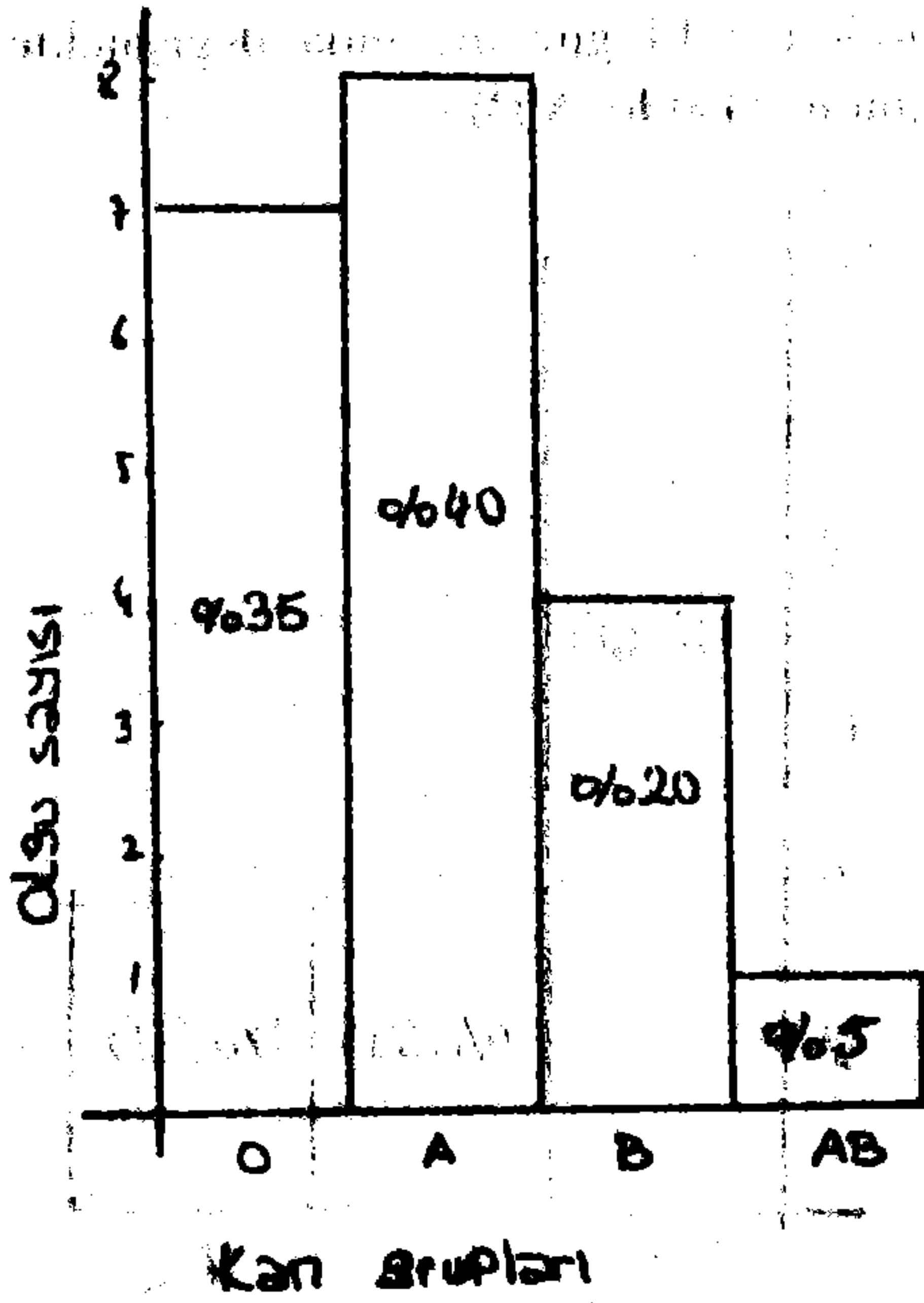
Mevsimplere göre dağılımda ise en az kış aylarında (2 olgu, % 10) olduğu görüldü. Ocak ve şubat aylarında hiçbir müracaat olmadığı görüldü (Tablo IV).

Kan gruplarına göre dağılımda 7 olgu "O" (% 35), 8 olgu "A" (% 40), 4 olgu "B" (% 20), 1 olgu da "AB" (% 5) olarak bulundu. 17 olgu Rh pozitif (% 85), 3 olgu ise Rh negatif (% 15) idi (Tablo V).

HIPERMESIS GRAVIDARUM

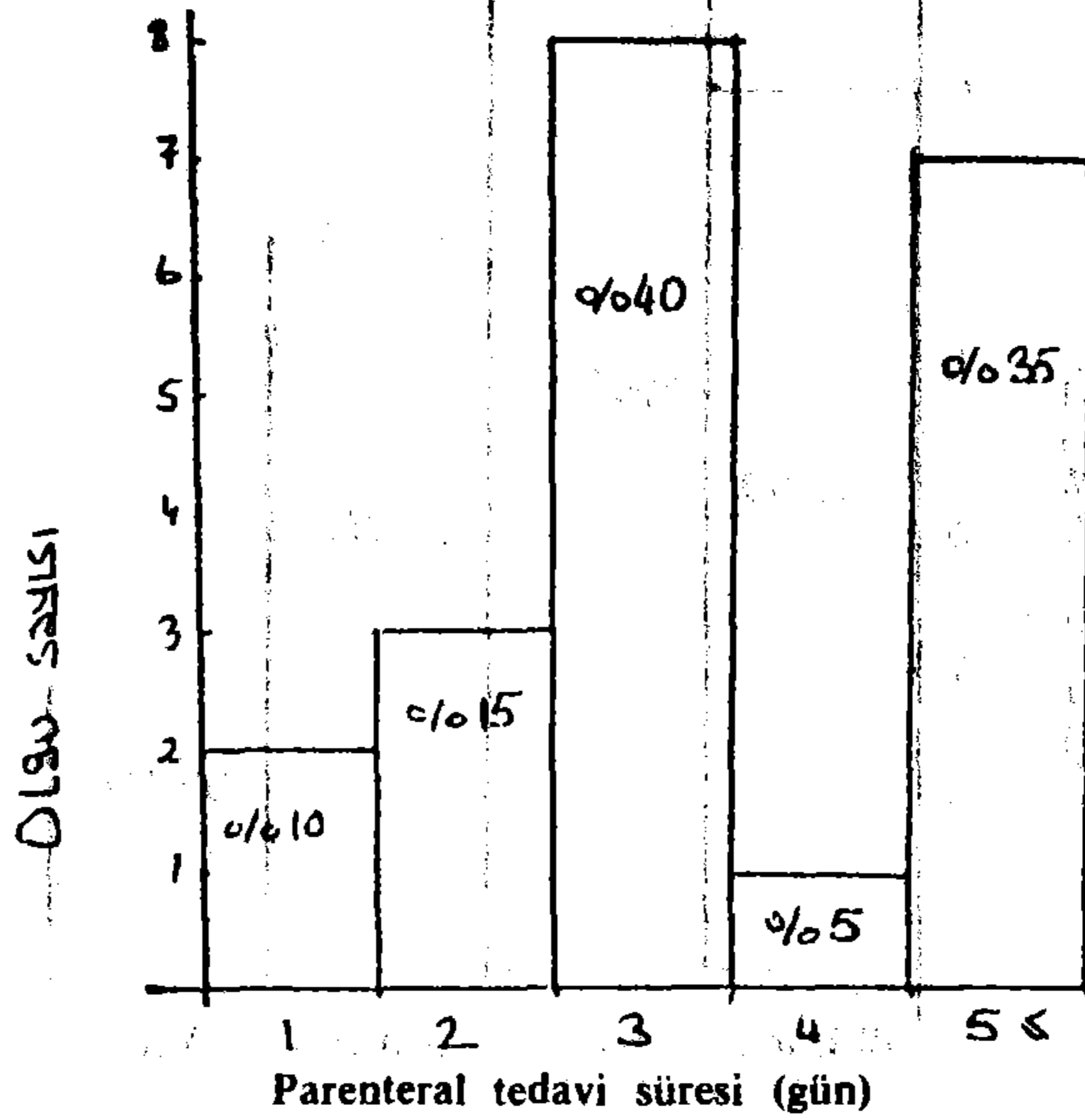


Tablo. IV Olguların mevsimlere göre dağılımı.



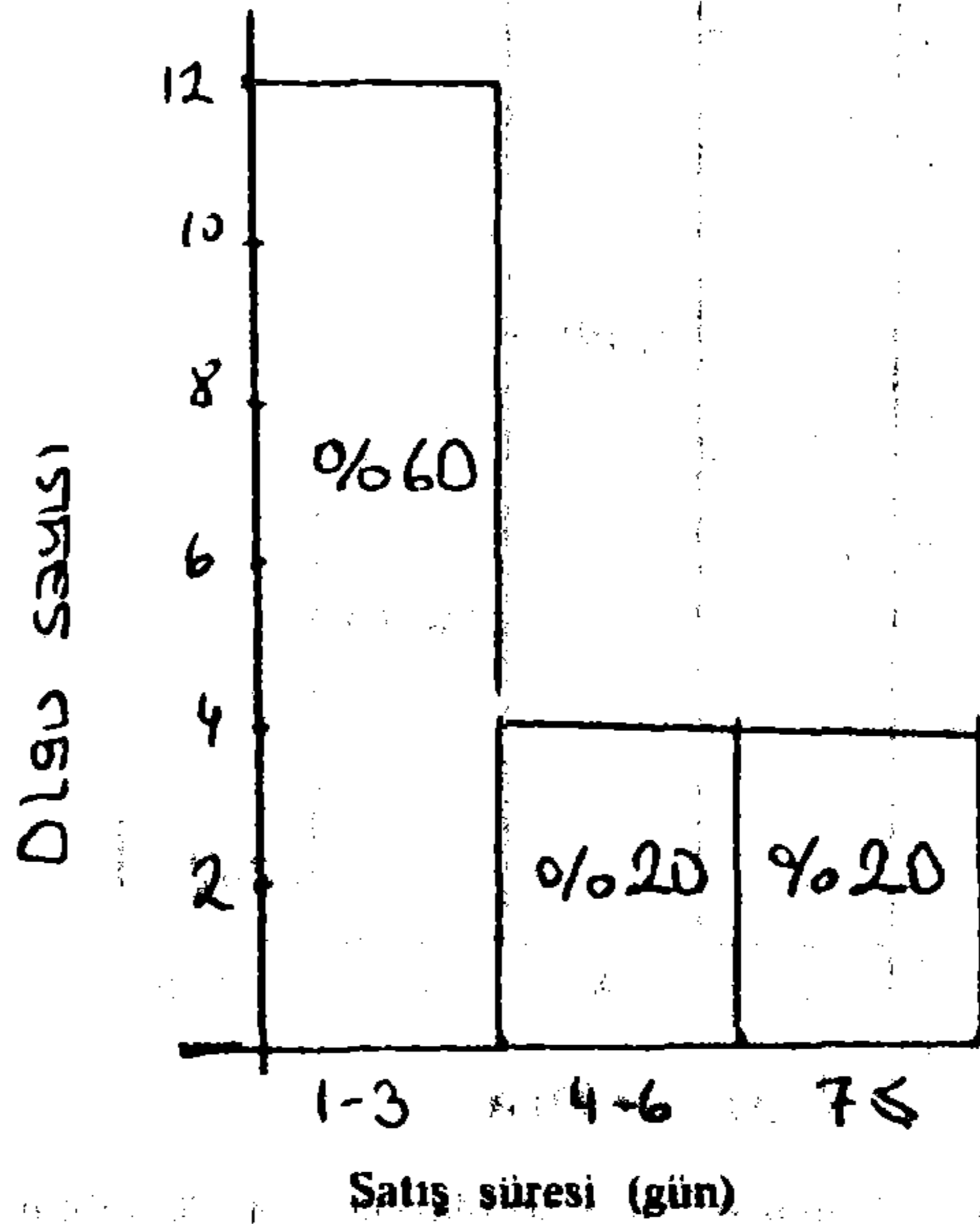
Tablo. V Olguların kan gruplarına göre dağılımı.

Yatan hastalar 1-9 gün arası bir süre parenteral tedavi gördüler, ortalama tedavi süresi ise 4,2 gün olarak bulundu (Tablo VI).



Tablo. VI Olguların parenteral tedavi süresine göre dağılımı.

Hastaların yatış süreleri 2-14 gün arasında değişmekte idi. Ortalama yatış süresi de 5,2 gün bulundu (Tablo VII).



Tablo. VIII Olguların yatış süresine göre dağılımı.

20 hastamızdan 2 tanesi (% 10) tekrarlayan şikayetleri nedeniyle ikinci bir kez hospitalize edilip tedavileri sağlandı. Hiçbir olgumuzda terapötik nedenlerle D+C ye gidilmedi.

TARTIŞMA :

Bulantı ve kusmaları hafif veya orta derecede olan hastalara psikolojik yardım yapılarak, istirahat, hafif sedasyon, vitaminler, gerekirse antiemetiklerle ayaktan tedavi yeterlidir^{1, 2, 9, 10}.

Erken gebelikte bulantı ve kusmalar çok olmasına karşın hastalığın sebep ve seyri ile ilgili olarak literatürde çok az bilgi mevcuttur⁵.

Hastalarımızda organik bir neden bulunamaması nedeniyle olaya psikosomatik yönden yaklaştık ve hastalarda yalnızca buldukları ortamdan uzaklaştırılıp, sessiz, havadar ayrı bir odaya alıp, yakınları ile görüşmelerini kısıtlayarak bile iyileşme olduğunu gözlemledik. Literatürde bu yönde çalışmalar çoktur^{1, 3, 12}.

Hastalarımızın ortalama yaşını 24,4 ve ortalama gebelik haftasını 10,6 olarak bulduk. Literatürde de 5-6 ncı haftalar ile 14-16 ncı haftalar arasında görüldüğü bildirilmiştir^{2, 10}.

Ortalama gebelik sayısı 1,7 olarak bulunmuş, en çok da primigravidalarda olduğu görülmüştür. Zaten literatüre göre, olguların 2/3 ü primigravidadır. Bizde bu oran % 70 olarak bulunmuştur.

Hastalarımız en az kış meşiminde (% 10) müracaat etmişlerdir. Hastalığın kışın fazla olduğuna dair yayınlar da mevcuttur⁴.

Hastalar hastanede ortalama 5,2 gün kalmışlar ve parenteral tedavide rijid kurallardan çok hastanın bulantı - kusmasının kaybolması dikkate alınmıştır. Ortalama parenteral tedavi süresi 4,2 gün olmuştur. Diyetle de hastalara hiçbir şekilde sıvı kısıtlaması yapılmamış, bol kalorili dondurma, çikolata vs. gibi yiyeceklerle başlanmıştır. Hastalığın tedavi sonrasında tekrarlama oranı 2 hasta ile % 10 olarak bulunmuş, ancak onlar da ikinci bir tedavi ile tamamen düzelerek taburcu olmuşlardır. Hastalarımızdan hiçbirine terapötik abortion uygulamaya gerek görülmemiştir.

Bu bulgularımızın literatüre uygun olduğu görülerek tedavimizin hastalara yararlı olduğu ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR :

1. **Benson CR.:** Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment 4 th Ed. Lange Medical Publications California pp. 860, 979, 1982.
2. **Benson CR.:** Handbook of Obstetrics and Gynecology 7th ed. Lange Medical Publications California. pp. 284 — 6, 1980.
3. **Fairweather DV.:** Nausea and vomiting in pregnancy, Am. J. Obstet. Gynecol. 102 : 102 : 135, 1968.
4. **Gökşin E, Özalp S, Saraçoğlu ÖF.:** Hiperemesis Gravidarum (38 olgunun klinik incelenmesi), Hacettepe Tıp/Cerahi Bülteni (2) 16 : 99 — 105, 1983.
5. **Jarnfelt — Samsioe A, Eriksson B, Waldenström J, Samsioe G.:** Some new aspects on emesis gravidarum, Gyn Obstet Invest 19 : 174 — 186, 1985.
6. **Kaupilla A, et al.:** Raised serum HCG concentration in hyperemesis gravidarum, Dr. Med. J. (1) 679 : 1670, 1979.
7. **Kaupilla A, Helkinheimo, M, Lohela H, Ylikorkala O.:** Human Chorionic Gonadotrophin and Pregnancy - Specific beta - 1 - glycoprotein in predicting pregnancy outcome and in association with early pregnancy vomiting. Gyn. Obstet. Invest. 18 : 49 — 53, 1984.
8. **Masson GM, Anthony F, Chan E.:** Serum Chorionic Gonadotrophin (hCG), schwangerschaftsprotein 1 (SP 1), progesteron and oestradiol levels in patients with nausea and vomiting in early pregnancy. Brit. J. Obstet. Gyn. 92 : 211 — 215, 1985.
9. **Niswander KR.:** Manual of Obstetrics Dianosis and Therapy. Little, Brown and Company Boston. First ed. pp. 79 — 80, 1980.
10. **Pritchard JA, McDonald PC.:** William's Obstetrics. Appleton Century Grofts Medical Publications, 15 th ed. New York. p. 633, 1976.
11. **Soules MR et al.:** Nausea and vomiting of pregnancy : role of human chorionic gonadotropin and 17 — hydroxyprogesterone. Obstet. Gynecol. 55 : 696, 1980.
12. **Uddenberg N et al.:** Nausea in pregnancy : Psychologic and psychosomatic aspects. J. Psychosom. Res. 15 : 269, 1971,