

# Gebelik Reflüsüne İdeal Yaklaşım

Vedat GÖRAL

İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

## GİRİŞ

Gastroözofageal reflü (GÖR), mide içeriğinin özofagusa geri kaçmasıdır. Özofagusta yapısal değişiklikler olduğunda ve kişide yaşam kalitesini etkileyen semptomlar meydana geldiğinde ise, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) var demektir (1-6). Gastroözofageal reflü; gebelerin %30-50'sinde gelişir (1-4). Bazı çalışmalarda bu sıklık, %80'lere ulaşmaktadır. Asya ülkelerinde bu oran %2.5-7.5 arasında değişmektedir (6). Birçok çalışma; belirtilerdeki sıklığın birinci trimesterden, üçüncü trimestere doğru arttığını ve postpartum dönemde düzeldiğini göstermektedir (3-5). GÖRH, takip eden gebeliklerde tekrarlama eğilimindedir ve multipar-nullipar kadınları benzer olarak etkiler. Gebelik, GÖRH semptomlarını presipite edebilir veya GÖRH semptomlarını kötüleştirebilir. Ancak, bebek doğunca, reflü semptomları azalmaktadır (8,9).

Temel nedenler; hormonların etkisi ile alt özofageal sfinkter (AÖS) basıncının azalması, genişleyen uterus nedeni ile artmış karın içi basıncı ve hormonal nedenlerle besinlerin barsaktan geçiş pasajının uzaması ve alt özofagus tonusunun azalmasıdır (3-5). Gebelikte reflünün bu kadar sık görülmesinin, hem hormonal hem de mekanik nedenleri vardır. Manometre çalışmaları, bazal AÖS basıncının gebelik döneminde progresif olarak azaldığını göstermiştir.

Gebeliğin gelişiminde artan progesteron hormonu, özofagus alt uçta bulunan sfinkterin (KÖS), büzücü kasının, daha sık ve daha çok gevşemesine yol açar. Aynı zamanda yemek borusu hareketi yavaşlar ve mide boşalım zamanı uzar. Bu, gelişmekte olan bebek için en fazla miktarda gıda emilimi sağlar,

ancak mide basıncının yüksek kalmasına ve geri kaçışın kolaylaşmasına neden olur. Gebeliğin ileri dönemlerinde bebek ve dolayısı ile uterusun büyümesi, karın içi basıncının giderek artmasına sebep olur. Karın içi basıncının artışı, mide üzerine baskı yapar ve reflüyü artırır. Genişleyen uterus nedeni ile artmış karın içi basıncı, GÖR'ü provoke etmede tek başına yeterli görülmemektedir. Karın içi basıncını arttıran batında asit gibi diğer durumlarda, kompensatuvar AÖS basıncı artışı gözlenmektedir. Gebelikte bu kompensatuvar mekanizma devreye girememektedir. Özofagusta asit temasına hassasiyet de, artmış olabilir (hipersensitivite, sensitizasyon). Bu da, reflünün oluşmasında önemli rol oynar. Deney hayvanlarında yapılan çalışmalarda, östradiol'un G protein-coupled östrojen reseptör (GPER)'de, potasyum kanalları üzerinden, motilite bozukluğu yaparak, KÖS'de gevşemeye neden olduğu gösterilmiştir (7).

GÖRH, multifaktöriyel olup, ilk trimesterde ve doğum sonrasında GÖRH nadirdir. Progesteron etyopatogenezde majör, mekanik faktörler ise minör rol oynamaktadır. Ciddi reflü komplikasyonları hamilelikte nadirdir. Ekstraözofageal semptomlarda, gebelikte artış olmamaktadır (öksürük, ses kısıklığı, prekordial ağrı, larenjit, dişlerde hasar v.b). Genel GÖRH prevalansı, hamilelik esnasında %45 civarında olmakta, GÖRH, ancak bazı gebelerde asemptomatik de olabilmektedir. GÖRH, gebelik periyodunda her gün olmayıp, bazı günlerde olabilir. Regürjitasyon, hamile bayanlarda mide yanmasından daha sık olmaktadır. Gebelik öncesi GÖRH olanlarda, gebelikte 3.79 kat daha fazla GÖRH olmaktadır (8,9).

## RİSK FAKTÖRLERİ

Genç yaşta gebe kalan kadınlarda, önceki hamileliklerinde reflü sorunu yaşayanlarda, hamilelikten önce, az da olsa reflü şikayeti olanlarda, çok sayıda doğum yapan kadınlarda, hamilelik reflüsü daha sık görülmektedir. İleri yaş gebeliklerinde ise, reflü'nün görülme oranı daha azdır. Multiparite, gestasyonel yaş ve gebelik öncesi reflü belirtilerinin olması, ilerleyen yaş ile birlikte azalabilir. Hamilelik için in vitro fertilizasyon (İVF-tüp bebek) uygulanan hanımlarda da, gebelikte GÖRH sıklığı artmaktadır (10). Her hamile bayanda, GÖRH farklı olabilmektedir. Kilo artışı, minör etki yaratmaktadır. Gebelerdeki hormonal değişiklikler, AÖS kasında gevşemeye yol açar. Hormonal değişiklikler, özofagus motilitesinin yavaşlamasına ve gıdaların mideye geç inmesine neden olur. Uterusun 2. ve 3. trimesterde büyümesi de, karın içi basıncını artırarak midede giderek artan baskıya neden olur. Bazı araştırmacılar bunun rolünün, minör etki yarattığını belirtmektedirler.

## TANI

Anamnez ile reflü varlığı anlaşılır. üst GİS endoskopisi tanı için güvenilir olup, hamileyken endoskopi yapmanın riski bulunmaz. Ancak gene de, gastroenterologlar mümkün olduğu müddetçe, anne adaylarına bu işi yapmazlar. Reflü belirtileri, medikal tedaviye ve yaşam tarzı değişikliklerine rağmen süreklilik gösteriyor veya hematemez-disfaji gibi ilave semptomlar mevcut ise, endoskopi endikedir. Manometre ve pH metre, güvenilir olarak uygulanabilir, nadiren endikedir.

## AYIRICI TANI

Safra taşı, mide/özofagus kanseri, peptik ülser hastalığı, özofagus motilite bozuklukları, ilaçlara bağlı özofajitis ve eozinofilik özofajitis, ayırıcı tanıda, düşünülmelidir.

## TEDAVİ

Diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi yapılmaktadır (11-18).

### 1) Diyet ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Üç saat ara ile ve küçük öğünler ile beslenme önemli olup, yemek yavaş yenilmeli ve iyice çiğnenmelidir, Yemek yerken su içilmemeli, su içme öğünler arası olmalı, yatmadan 3 saat önce yeme/beslenme kesilmeli, çikolata, yağlı, asitli içecek ve

gıdalardan, kafein, narenciye ve domatesten, ketçap, karbonatlı içeceklerden sakınılmalıdır, Yemekten sonra, 1 saat dik olarak oturmak ve yavaş yürümek rahatlama sağlar. Rahat giysiler giyilmeli, sağlıklı kilo muhafaza edilmeli, semptomları bastırmak için yoğurt veya 1 bardak ılık süt içilmeli, şekeriz sakız, yemekten sonra çiğnenmelidir (tükürük salgısını artırarak, özofagusa gelen asiti nötralize eder). Reflüyü artırma ihtimali çok az olan ve tavsiye edilen yiyecek ve besinlerin arasında ise; elma, muz, fırında pişmiş patates, brokoli, lahanaya, havuç, taze fasulye, bezelye, biftek, tavuğun göğüs eti, yumurta akı, balık, beyaz peynir, keçi peyniri, kepek, yulaf, mısır ekmeği, piring, maden suyu, yağsız salata yer almaktadır (11,12).

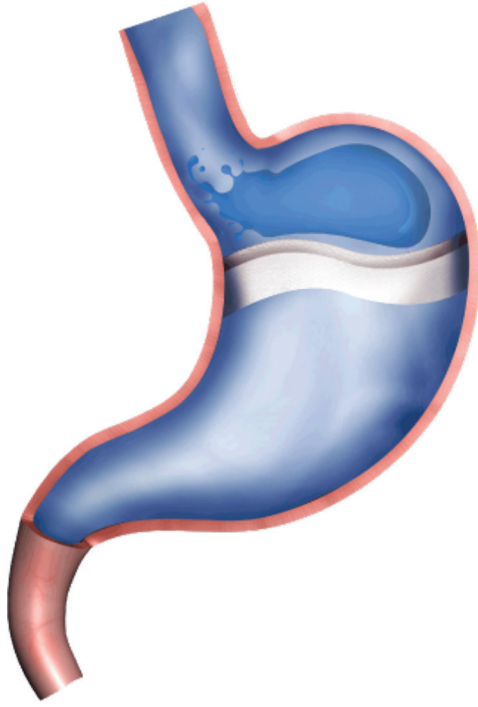
Sarı papatya çayı veya ılık 1 bardak süte, içine biraz bal katılarak içilmeli, alternatif tıp (yoga, v.s) tedavisi için, doktoruna danışılmalıdır. Ayrıca, gece yatak başının yükseltilmesi, sol yan tarafa dönük uyuma, kişiyi çok rahatlatır.

### 2) Antiasid Tedavisi

Öncelikli olarak, antiasid veya sukralfat kullanılmaktadır. Sistemik etkisi veya emilimi olmayan semptomatik ilaçlar tercih edilmelidir. Yaşam tarzı değişikliklerine yanıt vermeyen gebelerde nonsistemik bir ilaç olan antiasidler başlanmalı ve tedavide birinci tercih olarak kullanılmalıdır. Hafif belirtileri olan birçok hamile kadında, uygun rahatlamayı sağlamaktadırlar. Tercihen, antiasit - aljinik asit kombinasyonu daha yararlıdır. Antiasit-aljinik asit içeren ilaçlar, mide içeriğinin üzerinde tabaka oluşturarak, mevcut asiti nötralize ederek, reflü olan matriyalin özofagus mukozasına etkisini önleyerek faydalı olurlar (Resim 1). Yemeklerden 15 dk. sonra ve yatmadan önce 15-30 ml alması tavsiye edilir. Özellikle süspansiyon formları daha etkindir. Ucuz ve ulaşılabilir olmaları, avantajdır (13,14).

Uzun süreli ve yüksek dozda Mg++ trisilikattan kaçınılmalıdır (özellikle 3. trimesterde Mg'dan sakınılmalı, kasılmaları neden olabilir). Na+ bikarbonattan sakınılmalı-ödem ve hipertansiyon (HT) oluşabilir. Alüminyumlu olanlar, kabızlık yapabilir.

Pepsin aktivitesini inhibe ederek etki gösteren bir alüminyum tuzu olan sukralfat, gastrointestinal sistemden emilmediğinden dolayı güvenilir görülmektedir (11,12). Sukralfat; günde üç kere 1 gram oral verilir ancak yeterli gelmezse, yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte antiasit-aljinik asit ile de kombine edilebilir. Sukralfata bağlı maternal ya da fetal herhangi bir yan etki bildirilmemiştir.



**Resim 1.** Asit cebi: Yemeklerden sonra, mide içeriğinin üzerinde kalan yüksek derecede asidik sıvı kütesidir (ort. pH 1.6). Reflüsü olan hastalarda bu "ceb", daha geniştir (çap: 4-6 cm) (13, 14). Yemekten sonra fundusta, asit cebi oluşmakta ve buradan özofagusu kaçış olduğundan, hastada reflü semptomları gelişmektedir. Aljinat'ın, fundus cebi üzerinde bir tabaka oluşturarak, asit cebini, özofagustan uzak tuttuğu çalışmalar ile gösterilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Herregods TV, Bredenoord AJ, Smout AJ. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. *Neurogastroenterol Motil* 2015;27:1202-13.
2. Ramya RS, Jayanthi N, Alexander PC, et al. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy: a longitudinal study. *Trop Gastroenterol* 2014;35:168-72.
3. Ramu B, Mohan P, Rajasekaran MS, Jayanthi V. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux in pregnancy. *Indian J Gastroenterol* 2011;30:144-7.
4. Heidelbaugh JJ. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). *Ambulatory Clinical Guidelines Oversight*. 2018, 1-12.
5. Bor S, Kitapcioglu G, Dettmar P, Baxter T. Association of heartburn during pregnancy with the risk of gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:1035-9.
6. Wu JC. Gastroesophageal reflux disease: an Asian perspective. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:1785-93.
7. Tsai CC, Tey SL, Chang LC, et al. Estradiol mediates relaxation of porcine lower esophageal sphincter. *Steroids* 2018;136:56-62. Epub 2018 May 5.
8. Rey E, Rodriguez-Artalejo F, Herraiz MA, et al. Gastroesophageal reflux symptoms during and after pregnancy: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2395-400.
9. Malferttheiner SF, Malferttheiner MV, Kropf S, et al. A prospective longitudinal cohort study: evolution of GERD symptoms during the course of pregnancy. *BMC Gastroenterol* 2012;12:131.
10. Turan I, Kitapcioglu G, Tavmergen Goker E, et al; Ege Reflux Study Group. In vitro fertilization-induced pregnancies predispose to gastroesophageal reflux disease. *United European Gastroenterol J* 2016;4:221-8.
11. MacFarlane B. Management of gastroesophageal reflux disease in adults: a pharmacist's perspective. *Integr Pharm Res Pract* 2018;7:41-52.
12. Van der Woude CJ, Metselaar HJ, Danese S. Management of gastrointestinal and liver diseases during pregnancy. *Gut* 2014;63:1014-23.
13. Quartarone G. Gastroesophageal reflux in pregnancy: a systematic review on the benefit of raft forming agents. *Minerva Ginecol* 2013;65:541-9.

### 3) H2 Reseptör Antagonistleri

Ranitidin; FDA kategori B olup, diğerleri ile ilgili bilgi azdır, muhtemelen güvenli olabilirler.

### 4) Prokinetik Ajanlar

Gebelik dönemindeki etkinlik ve güvenilirlikleri konusunda veriler yetersizdir.

### 5) Proton Pompa İnhibitörleri

Genel popülasyonda günümüzde, reflü semptomlarının giderilmesinde, özofajitin iyileştirilmesinde en etkin medikal tedavi seçeneği proton pompa inhibitörleridir ve sık olarak kullanılmaktadır. Ancak uzun vadede kullanımlarında bazı yan etkileri vardır. Omeprazol; hamile bayanlarda, FDA kategori B olup, diğerleri ile ilgili bilgi azdır, muhtemelen güvenli olabilirler (14-17).

### 6) Herbal (Bitkisel) Yöntemler

Zencefil, sarı papatya, kekik, kediotu, çemen otu, yeşil çay, günlük (Tropik bölgelerde yetişen sığla ağacından elde edilen yağ) ve ayva sosu kullanılabilir. Bir çalışmada, ayva sosu ile ranitidin çalışması yapılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir (18).

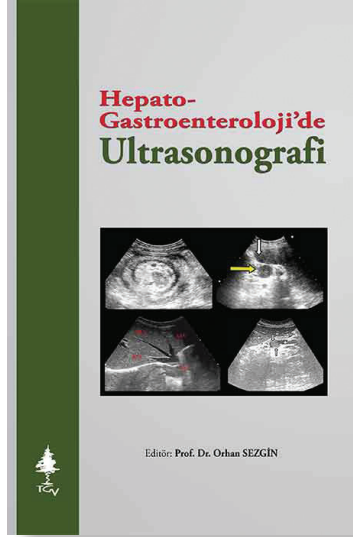
Sonuç olarak, gebelikte reflü hastalığı sık olmakta, ancak uygun diyet ve ilaç tedavisi ile hastalık iyi yönetilmektedir.

14. Tygat GN, McColl K, Tack J, et al. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:249-56.
15. Majithia R, Johnson DA. Are proton pump inhibitors safe during pregnancy and lactation? Evidence to date. *Drugs* 2012;72:171-9.
16. Matok I, Levy A, Wiznitzer A, et al. The safety of fetal exposure to proton-pump inhibitors during pregnancy. *Dig Dis Sci* 2012;57:699-705.
17. Fill Malfertheiner S, Malfertheiner MV, Mönkemüller K, et al. Gastroesophageal reflux disease and management in advanced pregnancy: a prospective survey. *Digestion* 2009;79:115-20.
18. Afsaneh Shakeri, Hashempur MH, Mojiban M, et al. A comparative study of ranitidine and quince (*Cydonia oblonga* mill) sauce on gastroesophageal reflux disease (GERD) in pregnancy: a randomised, open-label, active-controlled clinical trial. *J Obstet Gynaecol* 2018 Mar 19:1-7. [Epub ahead of print].



FRANÇOIS-MARIE AROUET (VOLTAIRE)  
(1694-1778)

En iyi, iyinin düşmanıdır.



## 21. YÜZYILA UYUM GÖSTERMEK İSTEYEN HEKİMLERİMİZE

**Yeni Bir Haberimiz Var!!!**

**Bu Kitabı Okuyarak Çağımıza Uyum Gösterelim\***

### Değerli Hekimlerimiz,

Dünyada büyük bir değişim yaşanmaktadır. Bilim ve teknolojiadaki hızlı gelişim akıllara durgunluk verecek seviyeye gelmiştir. Bilim ve teknoloji oyunun kurallarını yeniden yazmaktadır.

Bu nedenle biz de bu değişim ve gelişime ayak uydurmak mecburiyetindeyiz. Abdominal ultrasonografi birinci ve ikinci basamakta tüm hekimlerin kullanması gereken teknolojik bir üründür. Hekimlerimizin bilgi ve becerileri arttıkça ülkemizde de sağlık sorunlarının %85'i birinci basamakta çözümlenebilecektir. Sizlere tanıttığımız bu kitap ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin yükünü çeken tüm hekimlerin bilgi ve becerisini arttırması için hazırlanmıştır. Abdominal Ultrasonografi birinci basamakta çalışan hekimlerimizin steteskop gibi olmazsa olmazıdır. Okuyunuz ve kararınızı kendiniz veriniz...

\* Bu sistemleri kullanmak için akıllı telefonunuza prob almanız yeterlidir.



(0312) 362 07 87 • [tgv@tgv.org.tr](mailto:tgv@tgv.org.tr)