

Protocol Hyperemesis Gravidarum

Definitie

Hyperemesis Gravidarum (HG) is een slopende en potentieel levensbedreigende zwangerschapscomplicatie, gekenmerkt door snel gewichtsverlies, ondervoeding en dehydratie. Dit wordt veroorzaakt door continue misselijkheid en/of braken met potentiële schadelijke gevolgen voor de zwangere en foetus/pasgeborene. HG kent verschillende varianten, ernst, vormen en duur.

Doel

Eenduidig beleid rondom de behandeling van vrouwen met hyperemesis gravidarum. Zowel op somatisch als psycho-emotioneel niveau.

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Huisarts
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog
- Internist

Risicofactoren

- Meerlingzwangerschap
- Primipariteit
- Obesitas
- Metabolische aandoeningen
- Eerder doorgemaakte HG zwangerschap (16-80%)
- Eetstoornissen
- Migratie

Symptomen

1. Episodes van misselijkheid en/of overgeven
2. Gevoeligheid voor beweging
3. Gevoeligheid voor geuren
4. De smaak van eten verandert
5. Last van extreme moeheid
6. Problemen met intake door misselijkheid
7. Gevoelige kokhalsreflex
8. Sterk verlangen naar bepaalde soorten voedsel en een sterke afkeer van andere soorten voedsel
9. Brandend maagzuur en refluxklachten
10. Speekselvloed, vaak vooral voorafgaand aan het overgeven, soms de hele dag door.
11. Geremd zijn in normale dagelijkse bezigheden en deze niet kunnen doen.

Complicaties

Maternaal

- PTSS
- Miltschade
- Ondervoeding
- Electrolytstoornissen
- Psychische schade

Foetaal/neonataal

- Vroeggeboorte
- SGA

Beleid

1^e lijn

Anamnese en onderzoek

Anamnese: uitvragen klachten, medicatie gebruik, dagindeling, voedingsgewoonte en frequentie braken/misselijkheid. Er kan hierbij gebruik worden gemaakt van de PUQE score. PUQE is een gevalideerde en objectieve index en wordt gebruikt om de ernst in te schatten. Zo kan een adequate behandeling gestart worden (1).

Ketonen in de urine zijn geen directe maat van hyperemesis gravidarum, maar is een weerspiegeling van vetzuur verbranding in plaats van koolhydraten. Wanneer het lijf geen koolhydraten/glucose meer heeft om te verbranden gaat het lichaam over op vetzuur verbranding, hierbij komen ketonen vrij.

Tabel 1. Kwantificatie van hyperemesis gravidarum (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE) index)¹

PUQE-24 scoring system					
Hoe lang heb je je de laatste 24 uur misselijk gevoeld?	Niet (1)	1 uur of minder (2)	2-3 uur (3)	4-6 uur (4)	Meer dan 6 uur (5)
Heb je de laatste 24 uur gebraakt?	Niet een keer (1)	1-2 keer (2)	3-4 keer (3)	5-6 keer (4)	7 of meer keer (5)
Hoe vaak heb je de laatste 24 uur kokhalsneigingen gehad zonder braken?	Niet een keer (1)	1-2 keer (2)	3-4 keer (3)	5-6 keer (4)	7 of meer keer (5)

PUQE-score: mild 6; matig 7-12; ernstig 13-15

Lichamelijk onderzoek:

Algemene controles (pols, tensie, temperatuur), eventueel gewicht, observatie algehele toestand, urineproductie, urinesediment op ketonen.

Echografie beoordelen intra- of extra uteriene graviditeit, meerlingzwangerschap of MOLA

Uitsluiten andere oorzaken: voedselvergiftiging, anemie, drugs intoxicatie, PE, eetstoornis.

Beleid:

Milde HG overweeg starten medicatie en observatie in de 1^e lijn, wekelijks contact om de situatie te beoordelen en evaluatie medicatie. Geef duidelijke belinstructies.

- dieetadviezen
 - o.a. frequent kleine beetjes drinken, eventueel waterijsjes.
 - geen druk op gezonde producten wanneer dat niet gaat
 - adviseren gember supplementen (over the counter gember supplementen)
- rust in het leefpatroon: delegeer dingen die zij niet zelf behoeven te doen: schoonmaken, zorg voor anderen kinderen en koken. Overweeg advies even niet te werken.

Voorkeursmedicatie

- Emesafene (meclozine 12.5mg/pyridoxine 25mg, zo nodig 2-3dd PO of rectaal), alternatief Suprimal (meclozine zonder pyridoxine) 2dd 12.5 mg PO.
- Cyclizine (antihistaminicum, zo nodig 3dd 50mg PO).

2^e lijn

Bij matige of ernstige hyperemesis overweeg verwijzing naar de 2^e lijn voor een poliklinische opname voor hydratatie, herbeoordeling medicatie en het doen van aanvullend onderzoek

Lichamelijk onderzoek:

Algemene controles (pols, tensie, temperatuur), eventueel gewicht, observatie algehele toestand, urineproductie, urinesediment op ketonen, laboratorium (Hb, Ht, elektrolyten, schildklierfunctie, nier- en leverfunctie).

NB: een chronisch helicobacter pylori kan geassocieerd zijn met zwangerschapsbraken/hyperemesis gravidarum; testen voor H. pylori kan overwogen worden, zeker bij een patiënte afkomstig uit endemisch gebied.

Echografie: beoordelen intra- of extra uteriene graviditeit, meerlingzwangerschap of trofoblastziekte (MOLA)

Classificatie zwangerschapsbraken d.m.v. PUQE score indien nog niet plaatsgevonden in de 1^e lijn. Vergeet de verdere anamnese niet (zie bij '1^e lijn'.)

Beleid

Bij hyperemesis gravidarum is shared decision making van belang, inventariseer dus de hulpvraag, en kom tot een beleid in samenspraak, eventueel ook in overleg met de insturende verloskundige.

Stap 1: PUQE <6 (mild braken): geen opname indicatie, medicatie overwegen.

- Poliklinisch vervolgen met eventueel anti-emetica, dieetadviezen (o.a. frequent drinken, folder diëtetiek meegeven) en adviseren gember supplementen (over the counter gember supplementen).

Stap 2: PUQE <13 (matig braken): dagbehandeling, indien stap 1 onvoldoende werkt (inclusief medicatie).

- Dagbehandeling.
- Vocht suppletie (2L/4u NaCl gemengd glucose infuus).
- Vitamine suppletie (foliumzuur zolang 1^e trimester en thiamine 100mg/1ml/dag ter preventie Wernickes encephalopathie).
- Anti-emetica volgens opstapschema, zie onder.

- Dieetadviezen (o.a. frequent drinken, folder diëtetiek meegeven). Contact met diëtetiek bij gewichtsverlies, dan streven naar poli afspraak diëtetiek <1 week.
- Bij ontslag retour naar stap 1 en poliklinisch vervolgen (indien afkomstig uit 1^e lijn controle verder in 1^e lijn). Bij verergering klachten eerder poliklinisch contact.

Stap 3: PUQE 13-15 (ernstig braken): klinische opname bij aanhoudend braken, gewichtsverlies of ketonurie ondanks stap 2.

- Klinische opname.
- Anti-emetica volgens opstapschema, zie onder.
- Vocht suppletie (3L/24u NaCl gemengd glucose infuus).
- Vitamine suppletie (foliumzuur zolang 1^e trimester en thiamine 100mg/1ml/dag ter preventie Wernickes encephalopatie).
- Dagelijks elektrolyt controle. Indien nodig corrigeren elektrolyten. Bij kalium <2.8 indicatie ECG.
- Dagelijks controle ketonurie.
- Overwegen trombose profylaxe, kan stoppen bij ontslag naar huis. Twee studies met verhoogd risico op trombose, OR 2.5-4.4.
- Bij elke opname ICC diëtetiek
- Dieet via stappenplan diëtetiek;
- Geen duidelijke criteria voor wanneer te starten met enterale/parenterale voeding, overwegen indien al het andere faalt (zie protocol diëtetiek). Enterale voeding (duodenum sonde, sondevoeding), voorkeur boven parenterale voeding gezien hoger risico infectie en vasculaire perforatie.
- Bij herhaalde opname ICC klinisch psycholoog.
- Start laagdrempelig omeprazol bij aanhoudende reflux/gastritis bij herhaald braken. Bij persistent braken tevens laagdrempelig ICC MDL.
- Ontslag indien ketonen negatief bij adequate intake.
- Bij ontslag retour naar stap 1 en poliklinisch vervolgen. Bij verergering klachten eerder contact.

Medicatie opties

- Stap 1
 - Emesafene (meclozine 12.5mg/pyridoxine25mg, zo nodig 2-3dd PO of rectaal).
 - Cyclizine (antihistaminicum, zo nodig 3dd 50mg PO).
- Stap 2
 - Metoclopramide (zo nodig 3dd 5-10mg PO of IV, maximaal 5 dagen gezien risico op neurologische bijwerkingen moeder, zoals extrapyramidale symptomen). In overleg met patiënte kan duur van primperan worden verlengd indien ze hierbij specifiek baat had en de neurologische bijwerkingen niet optreden.
 - Het gebruiken van ondansetron in het eerste trimester van de zwangerschap geeft een verdubbeling van het risico op schizis (3:1000). Indien er een refractaire hyperemesis is die niet voldoende reageert op andere medicatie kan in overleg met patiënte toch gekozen worden voor ondansetron. In het tweede trimester kan ondansetron veilig gegeven worden.
- Stap 3 (enkel starten na overleg gynaecoloog bij ernstig hyperemesis gravidarum zonder effect stap 1 en 2. Na uitsluiting andere oorzaken.)
 - Corticosteroiden: hydrocortison 100mg 2dd IV, bij verbetering kliniek omzetten naar prednisolon 40-50mg 1dd PO en deze geleidelijk afbouwen.
Lareb 2017: Corticosteroiden kunnen systemisch gebruikt worden bij de behandeling van aandoeningen tijdens de zwangerschap. De voorkeur gaat uit naar predniso(lo)n en hydrocortison. Deze middelen worden grotendeels geïnactiveerd in de placenta.

Foetale serumconcentraties zijn bij hydrocortison en prednisolon ongeveer 10% van de maternale concentratie. Hydrocortison en predniso(lo)n dienen zo kort en zo laag mogelijk gedoseerd te worden. Tegen een stootkuur met prednison of prednisolon is geen bezwaar. Bij chronisch gebruik in hogere doseringen (prednison doseringen > 10 mg per dag) is intra-uteriene groeivertraging mogelijk. Chronisch gebruik in het derde trimester kan neonatale bijnierschorsuppressie veroorzaken.

Bronnen

1. RCOG guideline: The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum
2. London V, Grube S, Sherer D, M, Abulafia O: Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature. *Pharmacology* 2017;100:161-171. doi: 10.1159/000477853
3. UpToDate: Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy
4. UpToDate: Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy
5. www.lareb.nl

Gemaakt door	Anne-Lotte van der Kooi, AIOS gynaecologie Gardy Laurijssen, 1 ^e lijn verloskundige
Beoordeeld door	Mieke oostveen, 1 ^e lijns verloskundige Sabrina Grinwis, 1 ^e lijns verloskundige Pauline Doedens, 1 ^e lijns verloskundige Lineke vd Berg, 1 ^e lijns verloskundige Liv Freeman, gynaecoloog Hans Versendaal, gynaecoloog-perinatoloog
Goedgekeurd op	
Herzien voor	