

Multidisciplinair protocol hyperemesis gravidarum

Protocol gemaakt door	E. Bosch, verloskundige bij praktijk Rijssen – Holten L. Scharbaai, verloskundige bij praktijk Rijssen – Holten M. de Vries, gynaecoloog ZGT J.A. Kroese, gynaecoloog MST M. Nissinen, verloskundige MST K. Schut, verloskundige ZGT K. Snijders, verloskundige bij praktijk C. Nijland, verloskundige bij praktijk Vivre
Goedgekeurd in	Maart 2020
Ter revisie in	Maart 2021
Herzien in	April 2021, Juli 2024
Ter revisie in	Juli 2026

Doel van dit protocol

Adequate behandeling en begeleiding van zwangeren met hyperemesis gravidarum.

Achtergrond informatie / etiologie

Hyperemesis gravidarum (afgekort HG) is excessief braken voor de 20e week van de zwangerschap, leidend tot gewichtsverlies, dehydratie, vitaminen tekort en elektrolyt- en zuurbaseevenwichtsstoornissen.

- misselijkheid en braken zijn de meest voorkomende klachten in de vroege zwangerschap.
 - 50-80% van de vrouwen ervaart misselijkheid en ongeveer 50% braken¹.
- 1% van de zwangere vrouwen heeft hyperemesis gravidarum.
 - de etiologie is onbekend, er wordt gesuggereerd dat het een gevolg is van een stijging van HCG in het bloed.
- klachten beginnen meestal rond week 5 met piek klachten rond week 11.
 - bij 90% van de vrouwen zijn de klachten rond week 16 opgelost⁴.
- complicaties:
 - in ernstige gevallen kan onbehandelde hyperemesis leiden tot Wernicke's encefalopathie door vitamine B1-deficientie. Symptomen: verwardheid, visusklachten, ataxie. Hierbij treedt in 40% een miskraam op;
 - hypokaliemie (bij ernstige daling kan hartstilstand optreden);

- hyponatriemie met symptomen van lethargie, verwardheid, collaps en ademdepressie; ○ icterus door hyperbilirubinemie; ○ centrale pontine myelinolyse, acuut nierfalen, oesofagusruptuur en maternale sterfte ^{2,3}.

Indicatie behandeling

Zwangere met hyperemesis gravidarum voor wie geldt:

- dehydratie;
ernstige misselijkheid en veelvuldig braken;
- 5% of meer gewichtsverlies;
- afwijkende elektrolytwaarden in het bloed.

Behandeling eerste lijn

Bij fysiologische vormen van misselijkheid en zwangerschapsbraken is de beste benadering de zwangere zelf te laten ontdekken welke voeding zij het beste verdraagt. Leefstijl- en voedingsadviezen vanuit de zorgverlener in de eerste lijn zijn ook gericht op het verminderen van misselijkheid in de zwangerschap.

Soms helpen tips als:

- frequente maaltijden en rust, want vermoeidheid kan de misselijkheid ook verergeren;
- kleine porties eten om de paar uur, veel koolhydraten en weinig vet. Hierbij moet ook voorkomen worden dat de maag te leeg wordt of te vol raakt;
- neem eventueel een kleine licht verteerbare snack voor het opstaan in de ochtend;
- vermijd gekruid eten;
- gebruik kauwgom/zuigsnoepjes;
- niet gaan platliggen na een maaltijd
- bij matige klachten kan er ook overwogen worden om gembercapsules tegen de misselijkheid te gaan gebruiken: 4dd 250mg, max 1000mg/dag.

Meestal blijven de problemen beperkt en gaan ze vanzelf over.

Naast de reguliere behandeling zijn er kan psychotherapie, spierontspanningstherapie, hypnotherapie en acupunctuur/acupressuur zinvol zijn in het verminderen van de klachten. Andere alternatieve geneeswijzen zijn niet goed onderzocht op effectiviteit en veiligheid in de zwangerschap en moeten daarom vermeden worden.

Bij ernstig zwangerschapsbraken is het zinvol om echoscopisch te kijken of er sprake is van een gemelli- of een mola graviditeit.

Eventueel kan de zwangere worden doorverwezen naar de diëtist voor voedingsadviezen of naar de huisarts voor medicamenteuze behandeling in de eerste lijn (zie onderstaande medicamenteuze behandeling bij poli-klinisch antiemetica: deze kan ook door de huisarts worden voorgeschreven).

- 1e keus: Emesafene* (meclozine 12,5 mg plus pyridoxine (Vitamine B6)); 25mg 3dd oraal of supp of Cyclizine 50mg 3dd p.o./ 100mg supp 3dd;
- 2e keus: Primperan 3dd 10mg oraal of supp; maximaal 5 dagen gebruiken vanwege de kans op neurologische bijwerkingen;
- bij geen verbetering met bovenstaande (medicamenteuze) behandeling is verwijzing naar de 2^e lijn geïndiceerd.

*huisartsen richtlijn adviseert als eerste keuze Suprimal (Meclozine 12.5mg 1dd 's avonds of 2dd 1). Om deze reden wordt Emesafene ook niet meer vergoed door zorgverzekeraar. Ook omdat er uit literatuur weinig bewijs is dat de toegevoegde B6 (in Emesafene) beter is dan placebo uit onderzoek door zorginstituut NL voor (GVS) geneesmiddelen vergoedingssysteem.

Verwijzing

Indien het braken dusdanig ernstig is dat dehydratie dreigt, is een verwijzing naar de 2e lijn geïndiceerd voor behandeling.

Behandeling tweede lijn

Diagnostiek

- anamnese: tijdsduur braken, relatie met voedsel inname, verloop eventuele eerdere zwangerschappen, gewichtsverlies, mictiefrequentie;
- lichamenlijk onderzoek: inspectie huidturgor, slijmvliezen, polsfrequentie ↑, RR ↓, gewichtsverlies;
- echoscopie: ter uitsluiting van meerlingzwangerschap of mola hydatidosa;
- aanvullend onderzoek⁶: initieel onderzoek: Hb, Ht, Na, K, calcium, fosfaat, kreatinine, GFR Follow-up na hydratatie: Na, K, calcium, fosfaat. Bij herhaaldelijk bezoek op indicatie aanvullen met: ALAT, ASAT, bilirubine, gamma-GT (om leverziekten aan-of uit te sluiten), amylase (pancreatitis) TSH, calcium, fosfaat, urinesediment;
- ketonurie is geen indicator voor de mate van dehydratie en is niet gerelateerd aan de ernst van HG. Het meten van ketonen in de urine heeft dan ook geen toegevoegde waarde bij de diagnostiek van HG⁷;
- bij persisteren van het braken zoeken naar andere oorzaken zoals: gastro-enteritis, ulcus pepticus, cholecystitis, hepatitis, schildklieraandoening, hypercalciemie, pyelonefritis, maagcarcinoom, pancreatitis, gastro-intestinale obstructie, adreno-corticale insufficiëntie, psychiatrische problematiek zoals anorexia nervosa, boulimia en/of intoxicaties.

Poliklinisch

Rehydratie bij voorkeur op het observatorium/AOA. Dit betreft een dagopname, bij voorkeur in de ochtend. Behandeldoel is corrigeren 1). elektrolytstoornissen en 2). >500 ml urineproductie per 24 uur. Adviseer patiënte een adequate vochtintake te handhaven en kleine frequente maaltijden te nuttigen. Zie patiënte de volgende dag terug op het observatorium/spoedpoli en evalueer klachten en elektrolytstatus. Indien rehydratie niet afdoende is geweest, dan opnieuw rehydratie. In principe na 2e dag met ontslag en geen standaard controle aanbieden (zijn na 2 dagen intraveneuze vochttoediening niet meteen weer gedehydrateerd). Patiënte zelf laten bellen bij klachten.

- fluid resuscitatie totaal 2,5L NaCl 0.9%, eventueel aanpassen aan de klinische toestand en urine productie (PM wees voorzichtig bij patiënten met cardiale belasting):
 - eerst 500 mL NaCl 0.9% snel in laten lopen; ○ vervolgens 2000 mL NaCl 0.9 in 4 uur inlaten lopen (500 cc per uur).
- kalium suppletie zo nodig met KCL iv, KCL drank, of Slow K (600 mg);
- indien langer dan 4 dagen behandeling nodig is voor hyperemesis gravidarum geef vitamine B complex 1dd 1 tablet. Overweeg bij langdurig braken thiamine suppletie (100mg iv) om Wernicke's encephalopathie te voorkomen⁶;
- anti-emetica. Er is beperkte evidence om een therapie boven de andere te verkiezen^{1,5,6}:
 - 1e keus: Emesafene (meclozine 12,5 mg plus pyridoxine (Vitamine B6)); 25mg 3dd oraal of supp of Cyclizine 50mg 3dd p.o./ 100mg supp 3dd;
 - 2e keus: Primperan 3dd 10mg oraal of supp; maximaal 5 dagen gebruiken vanwege de kans op neurologische bijwerkingen;
 - 3e keus: Ondansetron 4-8mg oraal 3-4dd, 1dd 16mg supp; Lareb meldt veel gedocumenteerde ervaring in zwangerschap, echter tegenstrijdige uitkomsten (geen verhoogd risico op structurele afwijkingen, tot verhoogd risico op schizis of hartafwijking). Dit middel alleen gebruiken als andere middelen geen effect hebben;
 - 4e keus: Droperidol 1,25 mg iv, maximaal 4 maal per dag.
- Antacida overwegen (Antagel 3-4x daags);
 - bij verdenking op refluxoesophagitis: Omeprazol 1dd 20mg.
- indien klachten verminderen geleidelijk orale intake uitbreiden in overleg met zwangere zelf en zo nodig met diëtiste;
behandeling met corticosteroïden valt te overwegen indien patiënte niet reageert op conventionele anti-emetica. Bijvoorbeeld Hydrocortison 100mg 2dd iv of Prednisolon 40-60mg oraal, waarbij dosis elke 3 dagen wordt gehalveerd⁶. Er is echter beperkte evidence voor behandeling met corticosteroïden.
Indien bovenstaand regime onvoldoende effect heeft, waarbij intake te laag blijft en patiënt blijft afvallen.

Opname

Opname op verpleegafdeling is geïndiceerd indien behandeling niet poliklinisch kan of indien behandeling op AOA/observatorium niet voldoende toereikend is.

- opnieuw rehydratie 2,5 liter NaCl 0,9% per 24 uur op de afdeling;
- diëtist icc en sterk overwegen sondevoeding continu toe te dienen per voedingspomp;
- bij falen van sondevoeding per maagsonde i.o.m. MDL-arts duodenum sonde of parenterale voeding starten;
- zo nodig inschakelen maatschappelijk werk indien mogelijke psychosociale component;
- indien twijfel diagnose MDL/internist in consult vragen;
- indien patiënte zich goed voelt en bloed en urine waarden genormaliseerd zijn sondevoeding of parenterale voeding afbouwen i.o.m. diëtiste;
- bij een zwangere met een passief afhankelijke persoonlijkheidsstructuur kan het braken een "communicatiemiddel" zijn.

Nazorg

- zo nodig bij overbelasting thuissituatie:
 - aanvragen gezinszorg; ○ begeleiding maatschappelijk werk voortzetten na ontslag.
- nacontrole na 1 week op de polikliniek;
- bij persisterende hyperemesis gravidarum in tweede en derde trimester worden aanvullende groeiconroles geadviseerd⁶;
- bijna 20% van de zwangeren met hyperemesis gravidarum kampt na de zwangerschap met een posttraumatische stressstoornis⁷;

Referenties

1. Matthews A, Haas Dm, O'Matsuna, DP, Dowswell, T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. The Cochrane Database of Systematic reviews 2015.
2. Lewis G, Drife J. Why mothers die. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1994- 1996. London: The Stationary Office; 1998
3. Hill JB, Yost NP, Wendel GD. Acute Renal failure in association with severe hyperemesis gravidarum. J Obstet Gynaecol 2002; 100: 1119-21
4. Neill AM, Nelson-Piercy C. Review: Hyperemesis gravidarum. The Obstetrician and Gynaecologist. 2003;5:204-7
5. Boelig RC, Barton SJ, Saccne G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating severe nausea and vomiting during pregnancy (hyperemesis gravidarum). The Cochrane Database of Systematic reviews, 2016.



6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. Green Top Guideline no. 69. June 2016.





7. Marjette H. Koot, Iris J. Grooten, Norah E. Gauw, Tessa J. Roseboom en Rebecca C. Painter.
Hyperemesis gravidarum: stand van zaken. NTVG. 2019;163:D3591