

Hyperemesis gravidarum

Forfatter: Maria Øyasæter Nyhus
Godkjent av: Merete Fuglesang Myklebost

Gyldig fra: 28.07.2016
Revisjonsfrist: 28.07.2018

Revisjon: 1.1
ID: 23863

Hensikt:

Adekvat behandling for alle kvinner med hyperemesis gravidarum (HG) ved gynekologisk avdeling St Olavs hospital.

Omfang

Gravide med HG til poliklinisk vurdering eller innlagt ved gynekologisk avdeling.

Bakgrunn

- Kvalme og oppkast vanlig hos 50-90 % av gravide, regnes som fysiologisk og kalles emesis gravidarum.
- HG ses hos 0,5-2 % av alle gravide
- Hyperemesis kan få alvorlige konsekvenser for mor og barn

Definisjon

- Kvalme og brekninger før uke 20 som medfører vekttap på mer enn 5 %, ketonuri, dehydrering, væske- og elektrolyttforstyrrelse
- Eksklusjonsdiagnose

Etiologi

Ukjent.

Assosierte faktorer

Hyperemesis er assosiert med

- Ung alder
- Lav utdanning
- Ikke-røyking
- Lav eller høy BMI
- Ikke-vestlig landbakgrunn
- Tidligere HG
- Mor med HG
- Jentefoster
- Flerlingesvangerskap
- Blæremola

Klinikk/klinisk undersøkelse ved innkomst

- Kvalme, brekninger, økt spyttproduksjon
- Vekttap. Vekt tas ved innkomst, deretter ukentlig
- Dehydrering: Oliguri, tørre slimhinner, stående hudfolder
- Hyponatremi, hypokalemi, hypokloremi, lavt urinstoff
- Ketose/ketonuri

- Metabolsk alkalose
- Forhøyede levertransaminaser sees i ca. 50 % av tilfellene.
- 2/3 har patologiske tyroideaprøver
- Kryssreaksjon med hCG kan gi redusert verdi av TSH og økt verdi av FT4 som normaliseres mellom uke 15-19
- TSH og FT4 bør kontrolleres hver 2-3 uke inntil normalisering, suppleres med TRAS for å skille mellom hCG-mediert hyperthyreose og autoimmun stoffskiftesykdom
- Graves sykdom kan debutere i svangerskapet og thyreotoksikose må utelukkes ved klinisk mistanke
- Ultralyd
 - Flerlinger? Blæremola? Vitalt svangerskap?
- Orienterende blodprøver
 - Hb, EVF, Na, K, Kreatinin, Albumin, ASAT, ALAT
 - Ved mistanke om hyperthyreose klinisk tas TSH, FT4
 - Mg, P og Ca ved langvarig sykdom
 - Vurdere arteriell blodgass hos de sykeste
 - Kontroll av prøver avhenger av det kliniske bilde
- Urinundersøkelse
 - Utelukke UVI ved innkomst
 - Ketoner: tas daglig til negative ketoner

PUQE-score

- Viser svært god korrelasjon til verdier som hospitalisering, vitamininntak, bedring i medikamentell behandling vs placebo, ketoner i urin, væske- og matinntak, vektoppgang
- I tillegg til å vise alvorlighetsgrad, vises bedring i frekvens av oppkast separat fra kvalme
- Se PUQE-skjema under relatert

Differensialdiagnose

- UVI
- GI-sykdom
- Endokrinologisk sykdom (Mb Addison, thyreotoksikose)
- Nevrologisk sykdom
- Spiseforstyrrelser


Komplikasjoner

- Elektrolyttforstyrrelser
- Anemi og nevropati grunnet vitaminmangel
- Vekstretardasjon/preterm fødsel
- Leverforstyrrelser
- Mallory-Weiss blødning/øsofagusruptur

- Pneumothorax
- Epistaxis/koagulopati grunnet vit K-mangel hos mor, intrakraniell blødning hos foster
- Wernickes encephalopati
- Sentral pontin myelinolyse
- Spasme av cerebrale arterier
- Alvorlig nyresvikt
- Mødredødsfall
- Assosiert med adferdsendringer og psykologiske problemer for barnet

Behandlingsstrategi

Vurdere behov for innleggelse eller om pasienten kan behandles poliklinisk, etter klinikk og PUQE-score

- Poliklinisk behandling ved mild til moderat HG, PUQE under 13. Se  [Oppvæsking av polikliniske pasienter med hyperemesis gravidarum](#) under relatert.
- Vurdere innleggelse ved PUQE over 13
- Aktiv behandling når hun er hospitalisert
- Monitorer behandlingseffekt med PUQE-score
- Pasientansvarlig lege og sykepleier
- Antiemetica fast, vurdere bytte av medikament først etter 5 dager
- Ulike medikamenter angriper ulike kvalmemekanismer så teoretisk ville kombinasjon av medikamenter kunne være bedre, men dette er lite studert ved hyperemesis, add-on bør derfor vurderes individuelt. OBS Bivirkninger!
- Rehydrering og ernæringstilskudd umiddelbart
- Miljøskifte kan ha betydning
- Ernæringsveiledning

Antiemetica

1. Førstegenerasjons antihistamin:

- Prometazin (Phenergan) 25 mg x 2-3
- Meclozin (Postafen) 25 mg x 2

2. Dopaminantagonister:

- Prochlorperazin (Stemetil) 10 mg x 3, på grunn av økt risiko for BT-fall i siste trimester og under fødsel anbefales ikke preparatet brukt da
- Chlorpromazine (Largactil) 10 mg x 2-3, evt intravenøs infusjon 25 mg i 1000 ml 5 % glukose over 24 timer. Registreringsfritak, ikke i siste trimester

3. Motilitetsregulerende/Dopaminantagonist

- Metoclopramid (Afipran) 10-20 mg x 3, behandling i inntil 5 dager

4. 5HT-reseptorantagonist:

- Ondansetron (Zofran) tablett 4-8 mg x 2 per os/alternativt 4 mg x 2 intramuskulært
 - Brukes ved PUQE over 13, behandlingsrefraktær HG

5. Kortikosteroider:

- Metylprednisolon tablett 40 mg per os/evt. intravenøst de tre første dager, deretter gradvis nedtrapping ved halvering av dosen hver 3. dag.
- Kun ved behandlingsrefraktær HG
- Dersom ingen effekt etter tre til fire dager, seponeres behandlingen
- Forsiktighet bør utvises i 1. trimester, og bør gis etter 10. svangerskapsuke på grunn av økt risiko for leppeganespalte hos fosteret

Dyspepsi

- Omeprazol 20 mg x 1

Vitaminer

- Multivitamin tbl 1 x 1 til alle
- Pyridoxin 40 mg x 2 forsøkes til alle, har en kvalmestillende effekt
- Tiamin 100 mg iv x 1 per uke om de ikke klarer å ta tabletter dersom de har kastet opp >2 uker
- Folsyre 0,4 mg x 1 fram til 11+6 til alle

Rehydrering

Behandlingsmål:

Døgndiurese >1000 ml

- Drikke/diurese skjema til ønskelig diurese er oppnådd
- Start med 2 L Ringer Acetat eller isoton NaCl over 3-5 timer.
- Vedlikeholdsbehandling: 1 L NaCl eller Ringer-acetat per dag inntil kvinnen drikker og spiser selv
- Etter behov tilsettes K-klorid, Mg-sulfat, Ca-gluconat, fosfat og tiamin, se elektrolyttveilederen (link under relatert)
- Administrasjon av hyperten glukose kan forverre B1-indusert encephalopati, kan evt gis etter administrasjon av tiamin
- OBS! forsiktig korreksjon av hyponatremi

Ernæring

Ved reernæring må en være obs på reernæringssyndrom. Reernæringssyndrom er en potensiell livstruende forflytning i væske og elektrolytter (fosfat, magnesium og kalium) som kan oppstå hos underernærte pasienter ved oppstart med enteral (peroral / i sonde) eller intravenøs ernæring. {{EQSDocument 24714}}

Ernæringsveiledning:

- Starte dagen med det første måltidet på senga
- Kalde drikker kan være godt, eventuelt med kullsyre og syrlig smak.
- Å spise lite og ofte, forsøke kost med lavt energi - og høyt proteininnhold
- Sørge for å unngå dehydrering; drikke mellom måltidene
- Unngå triggere som sterke lukter, unngå fettrik mat, stekt mat, sterkt krydret mat
- Næringsdrikk
- Henvise til ernæringsfysiolog ved behov
- Enteral ernæring: Vurderes hvis tilstanden ikke bedres og hun fortsetter å gå ned i vekt. Nasojejunal-sonde legges ned ved gastroskopi, evt forsøke nasogastrisk sonde innlagt i avdelingen. Tilsyn av Klinisk ernæringsfysiologi rekvireres på Doculive.
- Intravenøst ernæringssupplement: Delvis parenteral ernæring iv i perifer vene kan gis over en kortere periode eller i påvente av sondeernæring.
- Kabiven perifer, vitrimix, oliclinomel

Sondeernæring

- For eksempel Fresubin eller Nutrison. Besluttet av ernæringsfysiolog
- 20 ml/t, økes til 80 ml/t
- Døgnbehov: kroppsvekt x 30 = ml/døgn, ca 2000 ml
- Sonden kan fjernes når hun har klart seg med kun eget ernæringsinntak i to døgn

Total parenteral ernæring (TPN)

- Kun aktuelt ved mislykket sondeernæring.
- Krever CVK
- Krever tilsetning av sporelementer og vitaminer (lege ordinerer i pasientens kurve)

Tromboseprofylakse

- Indisert hos pasienter som er lite mobile
- Klexane sc

Utskrivelse

- Når hun spiser/drikker tilstrekkelig og har tilstrekkelig diurese
- Ved sondeernæring kan hun skrives ut når hun mestrer sonden selv
- Resept på sondemat
- Søknad til HELFO for dekning
- Rekvisisjon på pumpe og stativ
- Kontroll egen lege etter 1 uke
- Kontrollere vekt og elektrolytter
- Redusere sondehastighet og volum når egeninntaket øker
- Stenge sonden i 2 dager før fjerning
- Sykemelding, følges videre hos egen lege.

Prosedyre når pasienten reiser hjem med sonde

Ernæringspumpe, stativ og sekk bestilles via:

St Olavs Hospital HF
 Regional enhet for behandlingshjelpemidler
 Postboks 3250 Sluppen
 7006 Trondheim
 Tlf: 72 57 63 00
 E-post: behandlingshjelpemidler@stolav.no

Regional enhet for behandlingshjelpemidler er lokalisert i Forsyningssenteret på St Olavs Hospital HF

Åpningstider: Hverdager 08:00-11:00 og 13:00-15:30

- Fyll ut søknadsskjema for utlån av behandlingshjelpemidler. Skjemaet finner man her: www.behandlingshjelpemidler.no
- Pasienten får med seg ferdig utfylt skjema når hun reiser og leverer det selv hos forsyningssenteret. Pasientansvarlig sykepleier ringer på forhånd og varsler om at pasienten kommer
- Sondesett, sprøyter og sondeernæring fås på resept. Hentes ut på sykehusapoteket.



Poliklinisk behandling

Ambulant behandling foretrekkes ved:

- Lett til moderat HG, PUQE under 13
- Lett dehydrering etter klinisk vurdering
- Normale eller lett avvikende elektrolytter
- Vekttap < 10 % av pregravid vekt
- Ingen mistanke om annen sykdom som forklarer symptomene

Avtale om kontakt for poliklinisk rehydrering

Etter opphold på sengepost grunnet hyperemesis gravidarum, skal poliklinisk kontroll for oppvæsking vurderes og avtales ved utreise.  [Oppvæsking av polikliniske pasienter med hyperemesis gravidarum](#)

- Lege fyller ut kurve (se «Poliklinisk behandling ved Hyperemesis gravidarum» under relatert) og pasienten møter på dagposten i 6 etg.
- Gi muntlig og skriftlig pasientinformasjon  [Pasientinformasjon hyperemesis gravidarum](#),  [Pasientinformation - hyperemesis gravidarum, engelsk](#)
- Resept på kvalmestillende
- Sykemelding
- Trenger kun tilses av lege ved evt problemer, call vakthavende 3400 generell gyn, 6716 Fødeavdelingen

Referanser:

Veileder i fødselshjelp 2014, Norsk gynekologisk forening
 No Hype- symposium
 Up to date
 Medscape
 Relis
 G. Leitner Tidsskrift Norsk Lægeforening 2006, 126:1069-71
 B. Nesheim Tidsskrift Norsk Lægeforening 2006, 126:1072
 B. Nesheim Tidsskrift Norsk Lægeforening 2004, 124:941-2

[Tilbake til søk](#)

Relaterte lenker

- [Elektrolyttveilederen](#)
- [Oppvæsking av polikliniske pasienter med hyperemesis gravidarum](#)
- [Pasientinformasjon - hyperemesis gravidarum](#)
- [Pasientinformasjon, engelsk](#)

Vedlegg

- [Poliklinisk behandling ved Hyperemesis gravidarum](#)
- [PUQE - skjema](#)