

Graviditetsillamående och hyperemesis gravidarum

Illamående och kräkningar i tidig graviditet är vanligt och förekommer i upp till 80% av alla graviditeter. Hyperemesis gravidarum är den svårare formen av graviditetsillamående och drabbar mellan 0,2–1% av de gravida. Symtomen debuterar ofta i vecka 5–6, når sin topp i vecka 9 och minskar därefter gradvis. Majoriteten mår bättre i vecka 12–14 och de allra flesta är helt symtomfria i vecka 20, men ca 5% av kvinnorna besväras av illamående fram till förlossningen. Orsaken till graviditetsillamående är inte känd, men det beror sannolikt på hormonella förändringar i kombination med genetiska faktorer. Riskfaktorer för hyperemesis är ålder < 20 år, förstföderska och tidigare hyperemesis.

Definitionen för hyperemesis är upprepade kräkningar, viktninskning med 5% av kroppsvikten och ketonuri. En kvinna med svår hyperemesis uppvisar ofta kliniska tecken på dehydrering, ortostatism och elektrolytrubbningar och kan behöva inläggande vård för uppvätskning och initiering av läkemedelsbehandling.

Det är av stor vikt att identifiera kvinnor med hyperemesis och sätta in tidig behandling.

Initial behandling – initieras via MHV:

Allmänna råd/egenvård:

- Akupressurband och akupunktur – ingen påvisad signifikant minskning av illamående/kräkningar, men har en stark placeboeffekt och kan därför provas i lindriga fall.
- Tillfällig utsättning av järntabletter. Vid svår järnbristanemi överväg järninfusion.
- Allmänna råd om kost: att äta ofta och lite, undvika kryddig och fettrik mat och istället välja mer protein- och kolhydratrik mat. Det finns ingen optimal kost, utan man får prova sig fram till vad som fungerar bäst för en själv.
- Postafen 25 mg 1x2 som köps receptfritt.
- Beviplex forte/comp 1x3 som innehåller Pyridoxin (B6) som kan ha god effekt på illamåendet och minimala biverkningar. Finns att köpa receptfritt.

Läkemedelsbehandling: vid otillräcklig effekt på Postafen o/e Beviplex forte/comp efter 3-4 dagar kan man prova något av följande receptbelagda läkemedel:

- Bonjesta (doxylamin 20mg/pyridoxin 20mg), 1 tablett vid läggdags dag 1 och 2. Om otillräcklig effekt på symtom dag 2 kan dosen ökas till 1 tablett 2 gånger dagligen (morgon och kväll).
- Xonvea (doxylamin 10mg/pyridoxin 10mg), 2 tabletter till kvällen dag 1 och 2. Om otillräcklig effekt på symtom dag 2 lägger man till 1 tablett på morgonen dag 3 och om det ej räcker kan man även lägga till en tablett vid lunch dag 4. Maxdos är 4 tabletter per dygn fördelat 1+1+2.
- Lergigan Comp (prometazin 10mg/koffein 50mg/efedrin 10mg) 1-2 x 2-4, max 4 tabletter per dygn. Lergigan Comp innehåller 50 mg koffein och den rekommenderade maxdosen koffein för gravida är 200 mg. Om patienten står på maxdos Lergigan Comp bör hon rekommenderas att avstå från andra koffeinhaltiga drycker. Till kvällen/natten kan med fördel Lergigan 25 mg 1-2 tabletter användas. Lergigan ger ofta bättre effekt på illamående, men har sedativ effekt som biverkan.
- Vid kraftiga kräkningar och misstanke om gastritbesvär kan man lägga till Omeprazol 20 mg 1x1.

Om otillräcklig effekt på Bonjesta, Xonvea eller Lergigan kan man lägga till Metoklopramid 10 mg 1 x 3 (ska ej användas i tredje trimestern). Metoklopramid ska ej ges längre tid än totalt 12 veckor då det kan ge den ovanliga biverkan tardiv dyskinesi. Metoklopramid kan också användas som enda behandling.

I en studie (2) har man jämfört Metoklopramid och Lergigan och inte funnit någon signifikant skillnad i effekt när det gäller minskning av illamående och kräkningar. Det finns heller ingen studie som visat på att Xonvea, Bonjesta eller Lergigan är bättre än det andra.

När patienten kommer till akuten/gynmottagningen:

1. Vitalparametrar
2. Urinsticka inkl ketoner och u-HCG
3. Provtagning inkl blodstatus, kreatinin, Na, K, Mg och Fosfat.
4. Ultraljudsundersökning – kontrollera normal graviditet, uteslut mola.

Poliklinisk behandling – kan övervägas på akuten/gynavdelning:

1. NaCl 1000ml (1–2 h)
2. Ringer Acetat 1000 ml (2–3 h)
3. Läkemedelsändringar enligt ovan beroende på vad patienten har provat.

Överväg inläggning om kliniska tecken på dehydrering, svår hyperemesis med svårigheter att få i sig mat och dryck, påverkade elektrolyter o/e ketonuri.

Vid inläggning:

DYGN 1

1. NaCl 1000ml (1–2 h)
2. Inför glukosinfusion eller vid intensiva, ihållande kräkningar i mer än tre veckor ges Thiamine 50 mg/ml 2 ml x 2 i 3 dagar för att minska risken för Wernicke encefalopati. Första dosen ges innan första Glukosinfusionen. (Dag 4 kan man gå över till per oral behandling med till exempel tablett Beviplex Forte, 1 x 3 i minst 4 veckor.)
3. Glukos 5% 1000ml med elektrolyter Na 40 mmol och K 20 mmol + extra utifrån elektrolytstatus*
4. Ringer Acetat 1000ml

OBS! Thiamine ges på vida indikationer till kvinnor som genomgått gastric bypass då de har ett försämrat upptag av vitamin B1.

DYGN 2

1. Glukos 5% 1000ml med elektrolyter Na 40 mmol och K 20 mmol + extra utifrån elektrolytstatus*
2. Ringer Acetat 1000 ml
3. Glukos 5% 1000ml med elektrolyter Na 40 mmol och K 20 mmol + extra utifrån elektrolytstatus*

DYGN 3

Som dygn 2.

* Tillsatser: vid låga Mg och/eller fosfatvärden – ge 20 mmol Mg (Addex-Magnesiumsulfat 2,5 g = 20 mmol) respektive fosfat (Addex Glykofos). Nytt elstatus nästa dag. Vid låga kaliumvärden kan man tillsätta 40 mmol K till de 20 som redan ingår ett Glukonak, dvs Glukos 5% 1000 ml med totalt 60 mmol kalium och 40 mmol natrium.

Det finns många olika rekommendationer om vilken typ av vätska som ska ges. I en studie (1) har man påvisat att glukosdropp är mer effektivt för att minska illamående, men att det inte påverkar utfallet när det gäller antal kräkningar, elektrolytrubbningar och vårdtid.

- Uppvätskning i sig kan ge förbättring och förändring av medicinering kan ev vänta till dygn 2.
- Det finns ingen vetenskap gällande tarmvila och det finns olika rekommendationer. Patienten måste inte låta tarmen vila utan får äta och dricka i den mån hon vill.
- Överväg läkemedelsändringar enligt ovan med Bonjesta, Xonvea, Lergigan Comp/Lergigan och Primperan. Primperan supp kan med fördel användas under inneliggande vård.
- Vid utebliven/otillräcklig effekt kan man lägga till eller byta till Ondansetron enligt följande: Ondansetron 4-8 mg 1 x 3 iv/po. Det finns stor erfarenhet av behandling med Ondansetron under graviditet och någon generellt ökad risk för fosterskador har inte fastställts. Ondansetron är kategori 2 i Janusmed och ska om möjligt ej ges före graviditetsvecka 12 då enstaka studier visat liten ökad risk för läpp-gomspalt och hjärt-kärlmissbildningar hos barnet. Vid svåra besvär med illamående, är den eventuella risken för fostret med Ondansetron-behandling betydligt mindre än de risker som ostillbara kräkningar utgör. Ondansetron kan kombineras med Bonjesta, Xonvea, Lergigan Comp och Primperan.

UNDER INNELIGGANDE VÅRD:

- Daglig provtagning av elektrolyter samt urinsticka med ketoner.
- Tyroideaprover dagen efter inläggning om detta ej är taget på MVC.
- Vikt 2–3 gånger per vecka.
- Överväg trombosprofylax (dehydrering, immobilisering och graviditet som riskfaktorer).

VID TERAPIRESISTENS:

- Uteslut andra orsaker till kräkningar. Kontrollera tyroideaprover, leverstatus, amylas, b-glukos. Överväg diagnostik för *Helicobacter Pylori*infektion.
- Steroidbehandling med Prednisolon i nedtrappning kan vara ett alternativ vid utebliven förbättring. Används i undantagsfall och som tillägg till tidigare behandling. Förslag till behandlingsschema:
 - Dag 1-4 30 mg.
 - Dag 5-8 20 mg.
 - Dag 9-12 10 mg.
 - Dag 13-16 5 mg.
 - Dag 17 Utsättning.

Efter 7 dagar med glukosinfusioner och fortsatt illamående och kräkningar ska man sätta in enteral/parenteral nutrition. Insättning av enteral/parenteral görs efter noga övervägande i samråd med medicinläkare och/eller narkosläkare samt dietist. Specialfall.

Vid hemgång:

- Se till att patienten har recept på ordinerade läkemedel och att det finns en plan för hur patienten ska trappa ned medicineringen när hon mår bättre. Om patienten mår sämre ska hon förstås öka dosen igen.
- Allmänna kostråd, vg se sida 1 i dokumentet.
- Överväg sjukskrivning.

Östersund 2021-08-19. Reviderat 2023-06-28, 2024-03-24, 2025-09-01.

Kajsa Dahlberg
specialistläkare
Gyn-mottagningen

Anna Meschaks
mödrahälsovårdsöverläkare

Referenser:

1) O'Donnell A, McParlin C, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, *et al.* Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review and economic assessment. *Health Technol Assess* 2016;20(74)

2) Tan PC, Khine PP, Vallikkannu N, Omar SZ. Promethazine compared with metoclopramide for hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;115:975-81.

3) Tan PC, Norazilah MJ, Omar SZ. Dextrose saline compared with normal saline rehydration of hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2013;121:291-8.

Up to date: Nausea and vomiting of pregnancy: Treatment and outcome. Judith A Smith, PharmD, BCOP, CPHQ, FCCP, FISOPP; Karin A Fox, MD, MEd FACOG; Shannon Clark, MD, MMS. Last updated: Oct 16, 2024.

Up to date: Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy. Judith A Smith, PharmD, BCOP, CPHQ, FCCP, FISOPP; Karin A Fox, MD, MEd; Shannon Clark, MD, MMS. Last updated: Oct 29, 2018.