

Kommentar

Graviditet, kvalme og oppkast

Omtrent 80 % av alle gravide er plaget av kvalme og brekninger i svangerskapet, men bare ca. 0,5 % er så ille plaget at det kalles hyperemesis. Definisjonen av hyperemesis varierer, men mye brukt er kvalme og brekninger før 20. svangerskapsuke og som fører til mer enn 5 % vekttap, ketonuri og dehydrering samt væske- og elektrolyttforstyrrelser (1). Svangerskapskvalme kan være like intens som kvalmen ved kjemoterapi.

I tillegg til kvalme og oppkast er symptomene ømfintlighet i abdominalmuskulaturen på grunn av oppkast, svimmelhet i oppreist stilling og symptomer på dehydrering. De viktigste objektive funn er tegn på dehydrering og vektapp. Brekningene fører til en metabolsk alkalose, som blir renalt kompensert. De viktigste elektrolyttforstyrrelsene er hyponatremi, hypokalemi, hypokloremi. Økt hematokritverdier, og dermed hemoglobin, er uttrykk for dehydrering. Det er viktig å være oppmerksom på at normalverdier for hemoglobin og hematokrit er lavere for gravide enn for ikke-gravide. Nedbrytning av vev kan føre til økt plasmakonsentrasjon av urinsyre. Ketonuri er også et uttrykk for de metabolske forstyrrelsene. I alvorlige tilfeller er det også leverfunksjonsforandringer, med forhøyede transaminaser.

Etiologien bak svangerskapskvalme er ukjent. Det spekuleres på sammenheng med høyt HCG-nivå, dysmotilitet i gastrointestinalkanalen på grunn av progesteronpåvirkning og forskyvning av pH i ventrikkelen på grunn av økningen av steroidhormoner, noe som kan tenkes å føre til oppblussing av *Helicobacter pylori*-infeksjon. Flere undersøkelser har vist at hyperemesis er hyppigere i svan-

gerskap med jentefostre enn med guttefostre. I over 100 år har det vært fremsatt psykologiske forklaringer på hyperemesis, uten at dette har noe vitenskapelig grunnlag. Hyperemesis i ett svangerskap øker risikoen for å få det i neste.

Hyperemesis går gjerne over i løpet av de første ukene av 2. trimester. Den viktigste behandlingen i påvente av spontan helbredelse er tilførsel av væske, næringsstoffer og vitaminer. Sondeernæring kan være et alternativ. Selv om dette ikke har innvirkning på kvalmen, innebærer det at sykdommen ikke lenger er dødelig. Wernickes encefalopati, som beskrevet her, kan være en følge av manglende tilførsel av tiamin og er en farlig og ikke helt uvanlig komplikasjon hvis vitaminet ikke tilføres. Kroppens lager av vannløselige vitaminer tømmes raskt. Iveren over å erstatte tapt næring må likevel ikke føre til kritikklos bruk av intravenøs ernæring. En amerikansk undersøkelse peker på at komplikasjoner direkte relatert til intravenøs ernæring også utgjør en risiko for disse pasientene (2).

En oversikt over behandling av svangerskapskvalme er forholdsvis nylig publisert i Tidsskriftet (3). De fleste studier er gjort på «vanlig» svangerskapskvalme, ikke hyperemesis. Kvalmen kan til en viss grad behandles med antihistaminer. De fleste antihistaminer som hjelper mot kvalme, hjelper høyst sannsynlig også mot svangerskapskvalme, men få har vært undersøkt spesifikt på denne indikasjonen. Kortikosteroider har en mulig effekt mot kvalme. Ingefær kan ha effekt, men mer data er nødvendig (4). I en nylig publisert artikkel (5) antyder forfatterne at det kan ha effekt å begynne

behandling med antiemetika tidlig ved symptomdebut hos kvinner som har hatt hyperemesis i tidligere svangerskap. Her trengs det flere og bedre studier før et slikt opplegg kan anbefales.

Hyperemesis gravidarum er en ikke sjelden, svært plagsom, av og til alvorlig, potensielt dødelig sykdom. Vi vet forbausende lite om etiologi og har ingen god behandling. Parenteral væske med tilskudd av vitaminer og eventuelt annen ernæring er viktig og kan forhindre alvorlige komplikasjoner og død.

Britt-Ingjerd Nesheim

britt-ingjerd.nesheim@ullevaal.no
Avdeling for obstetrikk
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 9.11.2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 931–7.
2. Folk JJ, Leslie-Brown HF, Nosovitch JT et al. Hyperemesis gravidarum: outcomes and complications with and without total parenteral nutrition. *J Reprod Med* 2004; 49: 497–502.
3. Nesheim BI, Vikanes Å. Kvalme og brekninger under svangerskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 941–2.
4. Borrelli F, Capasso R, Aviello G et al. Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy-induced nausea and vomiting. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 849–56.
5. Koren G, Maltepe C. Pre-emptive therapy for severe nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24: 530–3.