

Kvantifisering av svangerskapskvalme

Et skåringsskjema for svangerskapskvalme kan hjelpe klinikere med å kvantifisere plagene og sørge for at de med alvorlig hyperemesis gravidarum får nødvendig behandling. Skjemaet finnes nå på norsk.

Svangerskapskvalme affiserer opptil 90% av gravide, men gir oftest ikke alvorlige følger. Ca. 1% rammes av alvorlig hyperemesis gravidarum, hvor oppkast og kvalme gir vekttap, dehydrering og metabolske forstyrrelser (1). Ved liten vektøkning hos mor foreligger økt risiko for vekstretardasjon hos fosteret (2). Kvalmen gir stor sykdomsfølelse og signifikant redusert livskvalitet (3). Vi vet fortsatt lite om hvorvidt hyperemesis gravidarum kan få helsemessige konsekvenser for mor og barn på lengre sikt. Dessverre rapporterer mange av disse pasientene om manglende ivaretagelse fra helsevesenet (3). Kan én av grunnene være at det har vært vanskelig å kvantifisere symptomene og alvorlighetsgraden av disse?

SUKK-skår

Det finnes et engelsk spørreskjema, PUQE – Pregnancy Unique Questionnaire of Emesis and Nausea, der høy kvalmeskår har vist seg å korrelere med alvorlig grad av svangerskapskvalme, risiko for sykehusinnleggelse og redusert livskvalitet (4). Dette skjemaet inngår i flere anbefalte behandlingsalgoritmer (5, 6) og finnes på mange språk. Nå har vi oversatt skjemaet til norsk, og det har fått navnet SUKK – Svangerskaps Utløst Kvalme Kvantifisering (7) (tabell 1).

I den norske valideringsstudien hadde pasienter med hyperemesis gravidarum signifikant høyere SUKK-skår ved innleggelse sammenliknet med friske gravide, men ved utskriving var SUKK-skår normalisert. Høy SUKK-skår korrelerte med svært lavt egenrapportert næringsinntak og redusert livskvalitet.

Norsk gynekologisk forening reviderte

sin *Veileder i fødselshjelp* våren 2014, og i kapitlet om hyperemesis gravidarum anbefales bruk av SUKK-skåring som mål på intensiteten av plager, bedre grunnlag for diagnostikk og objektiv vurdering av behandlingseffekt (8). Ved moderat besvær (SUKK-skår 7–12) anbefales antiemetika

«Kvalmen gir stor sykdomsfølelse og signifikant redusert livskvalitet»

og oppfølging, ved alvorlig hyperemesis gravidarum (SUKK-skår ≥ 13) vil oftest sykehusbehandling være nødvendig. Initialt sikres rehydrering og korrigerende av elektrolyttforstyrrelser med intravenøs væske. Det siste spørsmålet i SUKK omhandler generelt velbefinnende og viser i hvor stor grad kvalmen påvirker kvinnens livskvalitet.

Behov for ernæringsbehandling

Som bekreftet i SUKK-valideringsartikkelen (7), har kvinner med hyperemesis gravidarum sterkt redusert eget næringsinntak. Ved stort vekttap og vedvarende høy SUKK-skår bør kvinnen få tilført ernæring utover det (lille) hun klarer å spise selv. Sondeernæring er enklere og har færre komplikasjoner sammenliknet med parenteral ernæring. I Norge ble dette beskrevet som ledd i hyperemesisbehandling allerede 1996

(9) og anbefalt i *Veileder i fødselshjelp* fra 1998 (10).

Resultater fra en 10-årskohort der 107 kvinner med alvorlig hyperemesis gravidarum fikk sondeernæring (2), bekrefter at dette er god behandling. Kvinnene oppnådde vekttoppgang før utskriving og normal vektutvikling senere i svangerskapet. De hadde ikke økt risiko for føtal vekstretardasjon sammenliknet med 450 kvinner med mindre alvorlig hyperemesis gravidarum som kun trengte væskebehandling eller kortvarig parenteral ernærings supplement.

Vi mener at SUKK-skåring er et enkelt og godt mål på alvorlighet av svangerskapskvalme. Skjemaet er velegnet i så vel allmennpraksis som i spesialisthelsetjeneste og bør benyttes for å vurdere behov for og effekt av kvalmestillende behandling. SUKK-skår på 13 eller mer er en sterk indikasjon på at sykehusinnleggelse er nødvendig, og da bør også behov for ernæringsbehandling vurderes.

Jone Trovik
jone.trovik@helse-bergen.no
Åse Vikanes

Jone Trovik (f. 1961) er ph.d, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus. Hun er leder for Norsk gynekologisk forening og medforfatter av kapitlet om emesis og hyperemesis i *Veileder for fødselshjelp*. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>

Tabell 1 SUKK-skjema publisert i *Veileder for fødselshjelp* 2014, kapittel 7 *Emesis og hyperemesis gravidarum* (8). Gjengitt med tillatelse.

I løpet av de siste 24 timene

1. Hvor mange (klokke) timer har du følt deg kvalm eller uvel i magen?

Over 6 timer	4–6 timer	2–3 timer	≤ 1 time	Ikke i det hele tatt
5 poeng	4 poeng	3 poeng	2 poeng	1 poeng

2. Hvor mange ganger har du kastet opp?

Over 7 ganger	5–6 ganger	3–4 ganger	1–2 ganger	Ikke i det hele tatt
5 poeng	4 poeng	3 poeng	2 poeng	1 poeng

3. Hvor mange ganger har du hatt brekninger (uten at noe er blitt kastet opp)?

Over 7 ganger	5–6 ganger	3–4 ganger	1–2 ganger	Ikke i det hele tatt
5 poeng	4 poeng	3 poeng	2 poeng	1 poeng

Mild emesis: 3–6 poeng Moderat emesis: 7–12 poeng Alvorlig emesis: 13+ poeng

Vurdering av velbefinnende: På en skala fra 0–10, angi ditt generelle velbefinnende nå: 0 = verst tenkelig, 10 = like bra som jeg hadde det før jeg ble gravid.

Åse Vikanes (f. 1961) er ph.d, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, forsker ved Intervensjonsenteret, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og i spesialistpraksis. Hun er hovedforfatter av kapitlet om emesis og hyperemesis i *Veileder for fødselshjelp*. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Vikanes ÅV, Stør NC, Magnus P et al. Hyperemesis gravidarum and pregnancy outcomes in the Norwegian mother and child cohort – a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13: 169.
2. Stokke G, Gjelsvik BL, Flaatten KT et al. Hyperemesis gravidarum, nutritional treatment by nasogastric tube feeding: a 10-year retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 359–67.
3. Poursharif B, Korst LM, Fejzo MS et al. The psychosocial burden of hyperemesis gravidarum. *J Perinatol* 2008; 28: 176–81.
4. Koren G, Piwko C, Ahn E et al. Validation studies of the Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) scores. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25: 241–4.
5. Levichek Z, Atanackovic G, Oepkes D et al. Nausea and vomiting of pregnancy. Evidence-based treatment algorithm. *Can Fam Physician* 2002; 48: 267–8, 277.
6. ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) Practice Bulletin: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 803–14.
7. Birkeland E, Stokke G, Tangvik RJ et al. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) identifies patients with hyperemesis gravidarum and poor nutritional intake: a prospective cohort validation study. *PLoS ONE* 2015; 10: e0119962.
8. Vikanes A, Trovik J, Tellum T et al. Emesis og hyperemesis gravidarum. *Veileder i fødselshjelp*. Oslo: Den norske legeforening, 2014. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Emesis-og-hyperemesis-gravidarum> (13.4.2015).
9. Trovik J, Haram K, Berstad A et al. Nasoenteral sondeernæring ved hyperemesis gravidarum. Et alternativ til parenteral ernæring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2442–4.
10. Johnsrud M-L, Brøbak H. Hyperemesis gravidarum. *Veileder i fødselshjelp*. Oslo: Den norske legeforening, 1998. <http://legeforeningen.no/PageFiles/10760/Veileder%20i%20%C3%B8dsels-hjelp%201998.pdf> (21.5.2015).

Mottatt 13.4.2015, første revisjon innsendt 12.5.2015, godkjent 20.5.2015. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.