



15. ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (HYPEREMESIS GRAVIDARUM)

Η ναυτία και ο έμετος στην κύηση είναι συχνά συμπτώματα που εκδηλώνονται στο 70-85 % των εγκύων. Από επιδημιολογική σκοπιά, η υπερέμεση της κύησης είναι η σπάνια εκείνη κατάσταση (0,5-2 % των κυήσεων), η οποία χαρακτηρίζεται από επίμονη και σοβαρή ναυτία και έμετος κατά τη διάρκεια της κύησης που οδηγούν σε **αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διατροφική ανεπάρκεια, απώλεια βάρους** και **κέτωση**.

Αν αφεθεί χωρίς θεραπεία, μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), και να προκαλέσει ηπατική και νεφρική βλάβη, αλλά αυτές οι επιπλοκές είναι πλέον σπάνιες στις ανευπηγμένες χώρες.

Η αιχμή της δράσης της είναι στις 8 - 9 εβδομάδες, και συνήθως υποχωρεί μετά τις 14 εβδομάδες.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η αιτιολογία της υπερέμεσης είναι άγνωστη. Πολλές θεωρίες έχουν προταθεί για την εξήγησή της. Μια από αυτές προτείνει τη συσχέτισή της με τα υψηλά επίπεδα της χοριακής γοναδοτροφίνης (hCG) και της οιστραδιόλης. Επίσης έχει ενοχοποιηθεί η ψυχολογική προδιάθεση.

Ο κίνδυνος εμφάνισης υπερέμεσης αυξάνει με τα εξής:

- Μικρή ηλικία εγκύου
- Οικογενειακό ιστορικό υπερέμεσης
- Θήλυ έμβρυο
- Χαμηλό BMI
- Πολύδυμη κύηση
- Μη λευκή φυλή
- Ιστορικό υπερέμεσης σε προηγούμενη κύηση
- Ημικρανίες
- Υπερθυρεοειδισμός
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Ήλιγγος
- Σακχαρώδης διαβήτης προ κύησης

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην αρχή της κύησης, η έγκυος μπορεί να παρουσιάζει ναυτία και έμετο, συμπτώματα που ενδέχεται να γίνουν επίμονα και σοβαρά και να οδηγήσουν σε απώλεια περισσότερου του 5% του σωματικού της βάρους και αφυδάτωση. Σε περισσότερο από 60% των περιπτώσεων, παρουσιάζεται εκσεσημασμένη σιελοόρροια (πτωαλιζμός). Μπορεί επίσης να υπάρχει ταχυκαρδία, αλλογές στο θυμικό και στη διάθεση, αϋπνία, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, και αίσθημα άγχους ή κατάθλιψης.



ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η έγκυος ενδέχεται να παρουσιάζει απώλεια σωματικού βάρους (2 - 16 kg), ή αδυναμία αύξησης βάρους. Μπορεί να υπάρχουν σημεία αφυδάτωσης (ξηροί βλεννογόνοι, μειωμένη σπαργή δέρματος), κίτρινη χρώση δέρματος (ίκτερος), ταχυσφυγμία, και ενίοτε πυρετός. Ορθοστατική υπόταση μπορεί να εμφανιστεί, ενώ η οφθαλμολογική εξέταση αποκαλύπτει μικροαιμορραγίες στον αμφιβληστροειδή. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει χαρακτηριστική απόπνοια οξόνος.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Η εργαστηριακή διερεύνηση της υπερέμεσης πρέπει να περιλαμβάνει:

- Γενικά αίματα
- Γενική ούρων (διττανθρακικά, κετονικά σώματα, χολερυθρίνη)
- Ουρία, κρεατινίνη
- Ηλεκτρολύτες ορού (K^+ , Na^+ , Cl^- , Ca^{2+})
- Ηπατικούς δείκτες
- Δείκτες θυρεοειδικής λειτουργίας (ιδίως TSH, FT4)
- HCG
- Αμυλάση ορού/ούρων
- Χολερυθρίνη ορού

Πρέπει να πραγματοποιείται **υπερηχογραφικός έλεγχος**, για τον αποκλεισμό **μύλης κύησης** και τη διάγνωση **πολύδυμης κύησης**.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές της υπερέμεσης είναι σπάνιες, αλλά περιλαμβάνουν:

- Σύνδρομο Mallory-Weiss (σχάση του βλεννογόνου της καρδιοοισοφαγικής συμβολής – αιμορραγία ανώτερου πεπτικού)
- Διάτρηση οισοφάγου
- Πνευμοθώρακας
- Εγκεφαλοπάθεια Wernicke (Σύγχυση, διαταραχή προσανατολισμού, νυσταγμός, διπλωπία, κώμα)
- Περιφερική νευροπάθεια
- Κεντρική γεφυρική μυελινολίυση
- Μεταβολική οξέωση (μπορεί να διαταράξει τη λειτουργία του ΚΝΣ σε επίπεδο συνάψεων και να οδηγήσει σε κώμα και θάνατο)
- Υποογκαιμία (μετά από σοβαρή αφυδάτωση) – Shock
- Αιμορραγική αμφιβληστροειδοπάθεια
- Ηπατική ανεπάρκεια
- IUGR
- Ενδομήτριος θάνατος



ΠΡΟΛΗΨΗ

- Λήψη σκευασμάτων πολυβιταμινών την εποχή της σύλληψης, σε γυναίκες με ιστορικό υπερέμεσης σε προηγούμενη κύηση
- Ανάπαυση
- Αποφυγή ερεθισμάτων που μπορεί να πυροδοτήσουν τα συμπτώματα (έντονες οσμές, γεύσεις, κλπ)
- Αποφυγή σκευασμάτων σιδήρου
- Αποφυγή λιπαρών τροφών και καρυκευμάτων
- Μικρά και συχνά γεύματα με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες
- Λήψη δισκίων πιπερόριζας (ginger) – Υπάρχουν στα καταστήματα με είδη συμπληρωμάτων διατροφής

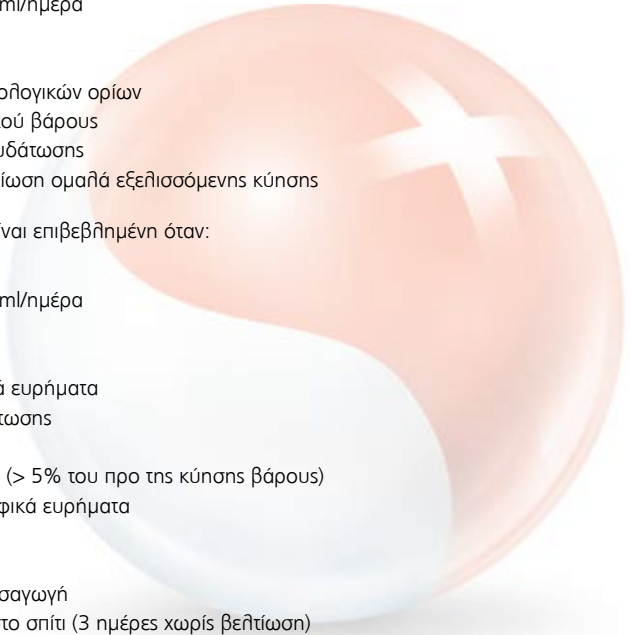
ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η έγκυος μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι, εφόσον πληροί τα εξής:

- Έμετοι < 5 /ημέρα
- Πρόσληψη υγρών > 500 ml/ημέρα
- Όχι κετονουρία
- Όχι κέτωση
- Γενική αίματος εντός φυσιολογικών ορίων
- Ελάχιστη μείωση σωματικού βάρους
- Όχι κλινικά ευρήματα αφυδάτωσης
- Υπερηχογραφική διαβεβαίωση ομαλά εξελισσόμενης κύησης

Εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι επιβεβλημένη όταν:

- Έμετοι > 5 /ημέρα
- Πρόσληψη υγρών < 500 ml/ημέρα
- Κετονουρία
- Κέτωση
- Παθολογικά αιματολογικά ευρήματα
- Κλινικά ευρήματα αφυδάτωσης
- Όψη πάσχουσας
- Μεγάλη απώλεια βάρους (> 5% του προ της κύησης βάρους)
- Παθολογικά υπερηχογραφικά ευρήματα
- Κοιλιακό άλγος
- Κοιλιακή αιμόρροια
- Θέληση της εγκύου για εισαγωγή
- Αποτυχία της θεραπείας στο σπίτι (3 ημέρες χωρίς βελτίωση)



Η έγκυος με σοβαρή υπερέμεση πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο, για να διερευνηθεί εργαστηριακά, και κυρίως για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

Δε χορηγείται τίποτα από το στόμα. Η σίτιση μπορεί να γίνει εντερικά ή παρεντερικά. Συχνά συνιστάται η χορήγηση βιταμινών, ειδικά βιταμίνες B₆ (πυριδοξίνης) βιταμίνες C (ασκορβικού οξέος) και B1 (θειαμίνης). Η θειαμίνη ειδικά συνιστάται για την αποφυγή της εγκεφαλοπάθειας Wernicke.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΕΜΕΣΗΣ

ΒΗΜΑ 1	
<ul style="list-style-type: none"> • Αλληλαγή διατροφικών συνηθειών • Καθουσιασμός 	
ΒΗΜΑ 2	<ul style="list-style-type: none"> • Εισαγωγή στο νοσοκομείο • Διακοπή σκευασμάτων σιδήρου • Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών / ηλεκτρολυτών
<p><i>Τα χορηγούμενα υγρά και ηλεκτρολύτες πρέπει να προσαρμόζονται καθημερινά ανάλογα με τα επίπεδά τους στο αίμα*</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Προσδευτική σίτιση: Τίποτα PO → Υγρά → Στερεά 	<ul style="list-style-type: none"> • NaCl 0,9% - 150 mmol Na⁺ • NaCl 0,6% - 131 mmol Na⁺ • Dextrose 5% - 10% • Ringer's Lactate
<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση Βιταμινών B₁, B₆, B₁₂ 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurobion 1x1 IM ή tabl 1x2
<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιεμετικών • Ψυχολογική προσέγγιση 	
ΒΗΜΑ 3	
<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση κορτικοστεροειδών 	
ΒΗΜΑ 4	
<ul style="list-style-type: none"> • Εντερική Σίτιση (Levin, ρυθμός 110 ml / ώρα, διάρκεια 8-12 ώρες) • Παρεντερική Σίτιση (κεντρική / περιφερική φλεβική γραμμή) 	

* ΠΡΟΣΟΧΗ:

Προσοχή χρειάζεται η χορήγηση Dextrose σε περιπτώσεις υποψίας εγκεφαλοπάθειας. Χλωριούχο Κάλιο (KCl) προστίθεται όταν απαιτείται και η χορήγηση του γίνεται στάγδην. Η γρήγορη χορήγηση Na μπορεί να αυξήσει το κίνδυνο Κεντρικής Γεφυρικής Μυελινοίτιδας Καθημερινός έλεγχος γενικής ούρων. Εβδομαδιαίος έλεγχος βάρους.



ΑΝΤΙΕΜΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αποτελεσματική φαρμακολογική αντιεμετική θεραπεία είναι διαθέσιμη, αλλήλ δεν υπάρχει συμφωνία για τον κατάλληλο χρόνο χορήγησής της. Τα φάρμακα με αντιεμετική δράση που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην υπερέμεση είναι:

- Μετοκλοπραμίδη (**Primperan®**)
 - tabl 10 mg 1x3 PO
 - supp 20 mg 1x2 PR
 - Inj 10 mg 1x2, 1x3 IM, IV
- Διμενυδράτη (**Vomex - A®**)
 - tabl 200 mg 1x2 PO
 - supp 100 mg 1x3, 1x4 PR
- Ονδασετρόνη (**Zofron®**)
 - tabl 4 mg 1x3 PO
 - Inj 4 mg 1x3 IV

ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Τα κορτικοστεροειδή πρέπει να θεωρούνται θεραπεία τελευταίας γραμμής σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στα συνήθη αντιεμετικά, και σε εκείνες που θα χρειαστούν εντερική/παρεντερική σίτιση λόγω εκσεσημασμένης απώλειας βάρους. Το πιο κοινά χρησιμοποιούμενο σκεύασμα σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι η ΜΕΘΥΛΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗ (**Medrol®** tabl 4 mg / 16 mg ή **Solu-medrol®** inj).

Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε 3 ημέρες από την έναρξη, είναι πολύ πιθανό να μην ανταποκριθούν στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή, και πρέπει να γίνεται ΔΙΑΚΟΠΗ. Σε εκείνες που ανταποκρίνονται, η θεραπεία συνεχίζεται για **2 εβδομάδες**, με προοδευτικά μειούμενη δόση.

Τα κορτικοστεροειδή δεν πρέπει να χορηγούνται πριν την 10^η εβδομάδα, λόγω της πιθανότητας οχιστίας.



ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑ ΜΕΘΥΛΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗΣ (σε mg)

ΗΜΕΡΑ	ΠΡΩΙ	ΜΕΣΗΜΕΡΙ	ΒΡΑΔΥ
1	16	16	16
2	16	16	16
3	16	16	16
4	16	8	16
5	16	8	8
6	8	8	8
7	8	4	8
8	8	4	4
9	8	4	
10	8	4	
11	8		
12	8		
13	4		
14	4		

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση συνήθως είναι εξαιρετική. Η κατάσταση είναι αυτοϊάσιμη και υποχωρεί μέχρι την 20^η εβδομάδα. Όμως αν παραμείνει χωρίς θεραπεία, μπορεί να έχει σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο της εγκύου. Έγκυες που αυξάνουν το βάρος τους λιγότερο από 7 Kg σε όλη τη διάρκεια της κύησης έχουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού.

Ο κίνδυνος επανεμφάνισης υπερέμεσης σε επόμενες κυήσεις είναι 16-19%, δηλαδή 29 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τις εγκύους που δεν εμφάνισαν ποτέ υπερέμεση.

