

Protocol VSV ZEELAND

Protocol (vermoeden van) zwangerschapscholestase

Datum invoering : 23-05-2023

Datum revisie : 23-05-2028

Inleiding en achtergrond:

Definities

Zwangerschapscholestase is een aandoening gekarakteriseerd door (intense) jeuk zonder huidafwijkingen (behalve krabeffecten) in combinatie met een verhoogde concentratie van random serumgalzuren door intra-hepatische stase van gal. De jeuk is in eerste instantie meestal alleen in de nacht en begint vaak aan handpalmen en voetzolen. Jeuk kan echter over het hele lichaam voorkomen en kan over de tijd variëren in ernst. Zwangerschapscholestase kan gepaard gaan met steatorroe, donkere urine (70%), ontkleurde feces (33%) en een oncomfortabel gevoel in de rechter bovenbuik (24%). 10-15% Van de vrouwen ontwikkelt 2-4 weken na het begin van de jeuk (milde) icterus. Zowel foetale als maternale bloedingen kunnen in aanwezigheid van steatorroe of bij gebruik van colestyramine door verminderde opname van vitamine K optreden ¹.

De gebruikte afkapwaarde voor zwangerschapscholestase is $\geq 10 \mu\text{mol/l}$. Indien de galzuren $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ zijn spreekt men van ernstige zwangerschapscholestase. Bij zwangerschapscholestase wordt tevens een milde verhoging van transaminasen, Gamma GT of bilirubine gevonden bij respectievelijk 60%, 33% en 30% van de patiënten. Zwangerschapscholestase treedt met name op in de tweede helft van de zwangerschap (80%) en verdwijnt na de bevalling. Andere oorzaken van jeuk en/of leverfunctiestoornissen zijn preëclampsie, virale infecties, acute leververvetting, galstenen, zwangerschapsdermatosen en allergische reacties ¹.

Prevalentie

De prevalentie van zwangerschapscholestase varieert in Europa van 0,1-2,0% en wordt beïnvloed door genetische, hormonale en omgevingsfactoren. Dat genetische en externe factoren een rol spelen blijkt uit het frequenter voorkomen bij sommige Zuid-Amerikaanse (10-15%) en Aziatische populaties (1,5%), het herhalingsrisico (45-70%) in een volgende zwangerschap, het familiair (15-30%) voorkomen en de gevonden seizoensinvloeden met frequenter optreden in herfst/wintermaanden. De etiologie van zwangerschapscholestase is multifactorieel en grotendeels onopgehelderd ¹.

Morbiditeit en mortaliteit

Maternale morbiditeit wordt gekenmerkt door intense jeuk en slaapdeprivatie.

Er bestaat een relatie tussen ernstige zwangerschapscholestase (galzuren $\geq 40 \mu\text{mol/l}$) en het optreden van foetale complicaties:

- toename van (spontane en iatrogene) vroeggeboorte (19-60%). De spontane vroeggeboorte treedt meestal op tussen 32 en 36 weken.
- meconiumhoudend vruchtwater (25-45%)
- intra-uteriene vruchtdood (bij expectatief beleid 1-10% en bij actief beleid 1-2%). Wanneer intra-uteriene sterfte optreedt is deze vaak acuut en worden bij obductie alleen afwijkingen

passend bij acute hypoxie gevonden. Foetale sterfte bij eenlingzwangerschappen treedt voornamelijk op in laatste maand van de zwangerschap met een mediaan van 38 weken ¹.

Doel: Eenduidig handelen bij (het vermoeden van) zwangerschapscholestase.

Toepassingsgebied: Obstetrie. Zwangeren met (vermoeden van) cholestase.

Werkwijze :

Diagnostiek

Bij het vermoeden van zwangerschapscholestase kan door de eerstelijns verloskundigenpraktijk, diagnostiek worden ingezet via het ADRZ Laboratorium. De zwangere kan hiervoor ook direct worden verwezen naar de tweede lijn. Na vaststelling en voor behandeling van zwangerschapscholestase is verwijzing naar de tweede lijn altijd geïndiceerd.

Bij (vermoeden) van zwangerschapscholestase worden de volgende bepalingen in bloed verricht:

- Galzuren (hoeven niet nuchter te worden bepaald), de normaalwaardes van galzuren zijn <10 µmol/L
- Transaminasen ALAT (< 34U/l) en ASAT (<31 U/l)
- Gamma GT (<38U/l)
- Bilirubine (<17µmol/l)
- Stolling: protrombinetijd (PT) (9-14 sec)

Omdat de jeuk kan voorafgaan aan de met cholestase geassocieerde laboratoriumafwijkingen, wordt bij normale laboratoriumbepalingen maar bij persisteren van de jeuk geadviseerd het laboratoriumonderzoek na 1 à 2 weken te herhalen. Indien de diagnose "zwangerschapscholestase" is gesteld dient het laboratoriumonderzoek iedere twee weken te worden herhaald en na 36 weken iedere week. Post partum horen laboratoriumafwijkingen binnen vier tot zes weken te normaliseren. Indien de leverfuncties postpartum niet normaliseren, is het aan de gynaecoloog om eventueel vervolgonderzoek in te zetten of door te verwijzen naar een internist.

Logistiek ziekenhuis ADRZ

De bepaling van de galzuren vindt in het AML plaats in Antwerpen. Op maandagochtend, woensdagochtend en vrijdagochtend vertrekt er rond 9u een transport. Praktisch houdt dit in dat het bloed de middag ervoor voor 15u in Goes in het lab aanwezig moet zijn. De uitslag is er binnen een week (vanaf het tijdstip van afname) en mogelijk sneller. Voor een herhaling lab galzure zouten is het dus het meest praktisch om op dinsdag of donderdagochtend bloed te prikken. Natuurlijk bij een eerste bepaling i.v.m. jeukklachten hoeft niet gewacht te worden tot een van deze dagen.

Behandeling

Medicamenteuze behandeling is met name gericht op maternaal comfort, dat wil zeggen jeukreductie. Bij medicamenteuze behandeling van maternale jeuk gaat de voorkeur uit naar ursodeoxycholzuur. Bij het gebruik van dit medicijn is een daling van maternale en foetale galzuren beschreven. Het is niet bewezen dat deze daling de foetale uitkomsten verbetert.

Lokale behandeling:

- Lokale behandeling van jeuk kan met bases en indifferente middelen plaatsvinden. Koelzalf FNA, lotio alba FNA en levomentholcrème 1% FNA of gel 1% FNA, lidocaïne-levomentholgel 1/1% FNA zijn veilige middelen in de zwangerschap.

Systemische behandeling:

- Ursodeoxycholzuurtabletten (Ursochol® en Ursofalk®) in een startdosering van 10 mg/kg/dag tot maximaal 20 mg/kg/dag. Dit kan veilig gebruikt worden in het tweede en derde trimester. Ursochol® is de voorkeurstherapie en heeft bewezen effect op de jeuk (67-80%) en waarschijnlijk een gunstig effect op onderliggende pathofysiologische mechanismen en op foetale uitkomsten van de zwangerschapscholestase. Er is echter geen bewijs dat het gebruik van dit middel foetale of neonatale uitkomsten verbeterd^{2,5}.
- Colestyramine (Questran®): heeft significant minder effect op de jeuk en de laboratoriumparameters van zwangerschapscholestase en meer bijwerkingen dan Ursochol®. Er kan door verminderde opname van vet oplosbare vitaminen waaronder vitamine K een verhoogde bloedingsneiging optreden. Aanvullend onderzoek bestaat uit bepaling van de protrombinetijd.
- Antihistaminica: kunnen in de zwangerschap worden voorgeschreven (bijvoorbeeld hydroxyzinetabletten 25-50 mg per dag), het sedatieve effect zorgt voor een betere nachtrust, er is geen significant effect op de jeuk.
- Dexamethason: geen eerste keus behandeling en terughoudendheid wordt geadviseerd.
- Vitamine K: 1dd 10 mg oraal kan worden toegediend bij optreden van steatorroe of colestyraminegebruik in verband met verminderde resorptie van vet oplosbare vitaminen, of bij verlengde protrombinetijd.

Geef de zwangere de volgende dieetadviezen:

- Drink minimaal twee liter water per dag
- Drink geen alcohol, koffie of zwarte thee, groene thee mag wel
- Eet geen chocolade
- Gebruik niet te veel suiker en zout
- Eet vooral vetarm

Geef de zwangere de patiëntenfolder zwangerschapscholestase mee. De dieetadviezen staan tevens in deze folder vermeld.

Beleid in de zwangerschap en rondom partus:

- Vervolgen galzuren: Gezien de gevonden associatie met het optreden van foetale complicaties is bepaling en vervolgen (1x per 1 à 2 weken) van de galzuren geïndiceerd. Als de galzuren op enig moment in de zwangerschap $\geq 10 \mu\text{mol/l}$ geweest zijn moet de zwangerschap beschouwd worden als hoog risico voor obstetrische complicaties. Het risico blijft gelden ook als de galzuren dalen, bijvoorbeeld door gebruik van Ursochol®, aangezien het nog onvoldoende duidelijk is of dit de foetale risico's vermindert of de foetale uitkomsten verbetert.
- Behandelen van de jeuk (lokaal of systemisch) met als voorkeur bij het systemisch behandelen de Ursodeoxycholzuurtabletten.
- Gangbare methoden van foetale bewaking blijken onvoldoende in staat om een IUVD te voorspellen. Dit geldt voor CTG, echoscopie, amniocentesis of amnioscopie voor vaststellen meconiumhoudend vruchtwater, en maternale registratie van kindsbewegingen. Echoscopie

is geen betrouwbare methode om foetale sterfte bij zwangerschapscholestase te voorspellen. Zwangerschapscholestase gaat niet gepaard met intra-uteriene groeirestrictie, uteroplacentaire insufficiëntie of abnormale dopplerflowprofielen. De voorspellende waarde van een normaal CTG voor het optreden van foetale sterfte is beperkt door het mechanisme van acute anoxie. De zwangere krijgt normale instructies ten aanzien van het melden van minder leven voelen.

- De NVOG-werkgroep adviseert om bij een zwangerschapscholestase (serumgalzuren ≥ 40 $\mu\text{mol/L}$) de zwangerschap niet voorbij de 40 weken te laten komen en in te leiden bij 37 weken. De optimale timing dient per patiënt bekeken te worden, afhankelijk van ernst van de symptomen, leverfunctie en serumgalzurenconcentratie. De 'Society for Maternal-Fetal Medicine' (standpunt november 2020) adviseert inleiding aan te bieden bij 36 weken indien serumgalzuren ≥ 100 $\mu\text{mol/l}$ en tussen de 36 en 39 weken indien serumgalzuren < 100 $\mu\text{mol/l}$. Gezien het mogelijke effect van het huidige actieve beleid op het verminderd voorkomen van IUVD bij serumgalzuren van 40-99 $\mu\text{mol/l}$ moet inleiding vanaf 37 weken overwogen worden.
 - Serumgalzuren 10-40 $\mu\text{mol/l}$: inleiding bij max. 40 weken, individualiseer beleid op geleide van klachten.
 - Serumgalzuren 40-100 $\mu\text{mol/l}$: bespreek voors en tegens van inleiding bij 37 weken
 - Serumgalzuren ≥ 100 $\mu\text{mol/l}$: adviseer inleiding bij 36 weken ⁴.
- Gezien het verhoogde risico op intrapartum-asfyxie wordt continue foetale bewaking durante partu geadviseerd.

Post partum

- Medicatie kan meestal kort na de bevalling worden gestopt. Zwangerschapscholestase is geen contra-indicatie voor borstvoeding. Er zijn geen gegevens over het gebruik van ursodeoxycholzuur tijdens borstvoeding. Gezien de sterke eiwitbinding is het niet waarschijnlijk dat het in grote hoeveelheden overgaat in de moedermelk. Colestyramine wordt nauwelijks geresorbeerd en directe nadelige effecten zijn onwaarschijnlijk. Wel moet rekening worden gehouden met een indirect effect omdat dit middel interfereert met de opname van vet oplosbare vitaminen door de moeder
- Leverenzymen en galzuren worden bepaald bij de postpartumcontrole (6-12wkn pp) ter bevestiging van terugkeer naar normaal (ook bij afwezigheid van jeuk). Indien labwaardes verstoord zijn dient de patiënte doorverwezen te worden naar een MDL-arts. Bij persisteren van de jeuk moet de diagnose worden heroverwogen. Het normaliseren van de laboratoriumparameters kan enkele weken duren.
- Vrouwen met zwangerschapscholestase in de voorgeschiedenis hebben hoger risico op het krijgen van (cholesterol)galstenen/cholecystitis
- Zwangerschapscholestase kan recidiveren in een volgende zwangerschap (45-70%) en treedt dan vaak eerder op. Bij familieleden is de kans op het optreden van zwangerschapscholestase verhoogd. Genetische screening wordt alleen uitgevoerd in onderzoeksverband en is (nog) niet bruikbaar voor diagnostiek en/of risicostratificatie.
- Men moet erop bedacht zijn dat na doorgemaakte zwangerschapscholestase de kans op cholestase tijdens gebruik van de combinatiepil verhoogd is. Combinatiepreparaten kunnen worden voorgeschreven en worden gestopt bij het optreden van klachten passend bij cholestase. Progestageenbevattende anticonceptie kan zonder bezwaar worden voorgeschreven ¹.

Literatuur:

1. NVOG. (2018). Zangerschapscholestase. Nederlandse Vereniging van Obstetrie En Gynaecologie. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/08/Zwangerschapscholestase-NVOG-23-3-2011.pdf>
2. Format Uitgangsvraag/ module voor richtlijndatabase. (2018). Nationale Vereniging van Obstetrie En Gynaecologie. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/08/NVOG-module-ursodeoxycholzuur-zwangerschapscholestase-def-2018.pdf>
3. Format Uitgangsvraag/ module voor richtlijndatabase. (2018a). Nationale Vereniging van Obstetrie En Gynaecologie. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/08/NVOG-module-ursodeoxycholzuur-zwangerschapscholestase-def-2018.pdf>
4. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Lee RH, Greenberg M, Metz TD, Pettker CM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #53: Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2020 Nov 13;S0002-9378(20)31284-9.doi: 10.1016/j.ajog.2020.11.002.
5. Chappell LC, Bell JL, Smith A, Linsell L, Juszcak E, Dixon PH, Chambers J, Hunter R, Dorling J, Williamson C, Thornton JG, PITCHES study group. Ursodeoxycholic acid versus placebo in women with intrahepatic cholestasis of pregnancy (PITCHES): a randomised controlled trial. Lancet. 2019;394:849–860

Auteurs:

- 2^e Lijns Verloskundige E. de Winter
- 1^e Lijns Verloskundige M.A. Jacobsen

Bijlagen

1. NVOG folder “zwangerschapscholestase”

Bijlage 1: Folder zwangerschapscholestase NVOG

Zwangerschapscholestase

Galstuwning in de zwangerschap

Je hebt jeukklachten tijdens je zwangerschap. Mogelijk is de oorzaak van deze jeuk galstuwning, ook wel cholestase genoemd. Bij cholestase in de zwangerschap noemen we dit zwangerschapscholestase. Deze folder geeft je meer informatie hierover. Galstuwning ontstaat door te traag vervoer van gal. Een ander woord hiervoor is cholestase. Waarschijnlijk hebben zwangerschapshormonen hiermee te maken. Je lever maakt gal en via gangen in de lever gaat de gal naar de galblaas. Gal bevat zuren. Deze zuren helpen om vet eten te verteren. Bij cholestase stroomt de gal niet goed door. De gal hoopt op in de lever en kan zo de lever tijdelijk beschadigen. Daarnaast kunnen zuren uit de gal in je bloed komen.

Verminderde werking lever

Behalve de jeuk hoeft je niet veel te merken als je schade aan de lever hebt. In het bloed is dit wel te zien. De leverfuncties zijn dan verhoogd. Een deel van de vrouwen krijgt wel tekenen van schade aan de lever. Je kunt wat geel worden, donkere urine krijgen, vette ontlasting of ontkleurde ontlasting krijgen. Daarnaast kun je last hebben van een onprettig gevoel onder de ribben rechts.

Galzuren

De galzuren komen via de placenta (moederkoek) bij de baby. Deze stoffen zijn waarschijnlijk schadelijk voor de baby. Risico voor de baby ontstaat vooral aan het eind van de zwangerschap als je galzuren hoog zijn.

Wie krijgt zwangerschapscholestase?

Waarom de één zwangerschapscholestase krijgt en de ander niet, is niet bekend. Heb je eerder zwangerschapscholestase gehad? Dan heb je meer dan 50 procent kans dat je in een volgende zwangerschap opnieuw cholestase krijgt. Komt zwangerschapscholestase in je familie voor? Dan heb je zo'n 25 procent kans dat jij het ook krijgt.

Hoe vaak?

We weten niet precies hoeveel vrouwen met hevige jeuk die verwezen worden ook cholestase hebben. Jeuk komt veel voor, maar lang niet alle vrouwen hebben hevige jeuk. In Europa is de kans op zwangerschapscholestase 0.1 tot 2 procent (1 tot 20 op 1000 vrouwen krijgt cholestase).

Risico's

Voor de moeder De jeuk kan zo erg zijn dat je je geen raad meer weet. De jeuk kan je uit je slaap houden. Dat is erg vervelend en kan je opbreken. Maar als je cholestase hebt, is dit niet gevaarlijk voor je gezondheid. Na de zwangerschap gaat cholestase weer over. De lever herstelt vanzelf.

Voor de baby: Waarschijnlijk is ernstige cholestase wel gevaarlijk voor de baby. Oudere onderzoeken laten een verband zien tussen zwangerschapscholestase en problemen bij de baby.

Dit zijn:

- Vroeggeboorte
- Poep (meconium) van de baby in het vruchtwater
- Overlijden van de baby voor de geboorte

Medicijnen

De laatste jaren krijgen vrouwen met cholestase medicijnen. Deze medicijnen verbeteren het vervoer van gal naar de galblaas. De jeuk neemt daardoor af. De galzuren in het bloed worden daardoor lager.

Bevalling opwekken

Verder adviseren gynaecologen de bevalling bij 37 weken op te wekken als de galzuren hoog zijn. De grens wordt meestal bij 40 $\mu\text{mol/l}$ gelegd. Boven deze waarde is er een hoger risico voor de baby.

Geen verhoogd risico meer op overlijden

Nieuwere onderzoeken laten geen verband meer zien tussen cholestase en overlijden van de baby. We weten niet zeker waardoor dit komt. Mogelijk door betere zorg en gezondheid. Mogelijk doordat de bevalling vaker al eerder wordt opgewekt. En mogelijk door het gebruik van medicijnen die galzuren in het bloed verlagen. Omdat we niet weten wat het risico wegneemt, adviseren we je beide behandelingen bij ernstige cholestase. Medicijnen en de bevalling zo nodig opwekken.

Vroeggeboorte

Vroeggeboorte komt vaker voor bij cholestase. Dit is gedeeltelijk ook het gevolg van het kunstmatig opwekken van de bevalling.

Controle in het ziekenhuis

- Heb je hevige jeuk op je handpalmen, voetzolen of hele lichaam? Je verloskundige verwijst je voor een afspraak bij de gynaecoloog. Word je al in het ziekenhuis gecontroleerd? Dan krijg je verder onderzoek als je deze klachten hebt. De gynaecoloog vraagt hoe ernstig je klachten zijn. Of je nog kunt slapen en of het lukt om niet te krabben. De gynaecoloog vraagt naar tekenen van schade aan je lever zoals:
 - Donkere urine
 - Ontkleurde of vettige ontlasting (de poep blijft vaak aan de pot plakken)
 - Milde geelzucht
 - Naar gevoel onder de ribben rechts

De gynaecoloog vraagt of je medicijnen gebruikt. Sommige medicijnen kunnen cholestase veroorzaken of erger maken. Dit zijn onder andere bepaalde antibiotica, medicijnen tegen hoge bloeddruk en paracetamol.

Onderzoeken

- De gynaecoloog kijkt naar de plekken waar je jeuk hebt. Als je een huidafwijking hebt, verwijst de gynaecoloog je naar de huidarts.

- Bloedonderzoek. Het bloedonderzoek bestaat uit:

- Galzuren, ook wel galzuren zouten genoemd (GZZ)
- Leverfuncties: ALAT, ASAT, gamma GT, bilirubine
- Stolling: protrombinetijd (PT)

Uitslag

Als de leverfuncties afwijkend zijn, dan kan dit het gevolg van cholestase zijn. Maar er zijn ook andere oorzaken, zoals galstenen en leverontsteking.

Vervolgonderzoek

Zijn de leverfuncties afwijkend? Dan krijg je bloedonderzoek naar leverontsteking (hepatitis A, B, C, ziekte van Pfeiffer, CMV). Verder krijg je een echo van de lever en galblaas.

Diagnose cholestase

Als je bloedonderzoek normaal is, dan heb je geen cholestase. Je kunt eventueel medicijnen vragen om te slapen. Als de jeuk ernstig blijft, adviseert de gynaecoloog elke twee weken het bloedonderzoek te herhalen. - Wel cholestase? Is er geen andere oorzaak gevonden? En zijn de galzuren hoger dan 10 umol/l? Dan heb je cholestase.

Je kunt medicijnen gebruiken die de jeuk verminderen. Als de galstuwning ernstig is, dan adviseert de gynaecoloog een bevalling bij 37 weken. Na de bevalling gaat de galstuwning vanzelf over en herstelt de lever.

Behandeling

Door je dieet aan te passen, wordt je lever minder belast. Verder kun je een medicijn gebruiken dat het vervoer van gal verbetert. Zo nodig kun je nog andere medicijnen tegen de jeuk gebruiken.

Dieet

- Als je lever minder gal hoeft te maken, dan komen er minder afvalstoffen in je bloed. De volgende adviezen helpen daarbij.
- Drink minimaal twee liter water per dag
- Drink geen alcohol, koffie of thee (groene thee mag wel)
- Eet geen chocolade
- Gebruik niet veel suiker of zout en eet vooral vetarm

Medicijnen

Er zijn medicijnen die het vervoer van gal verbeteren. De eerste keus is Ursochol. Daarnaast kun je voor de nacht een medicijn gebruiken waardoor je beter slaapt zoals hydroxyzine.

Ursodeoxycholzuur, Ursochol® Ursochol verbetert het vervoer van gal vanuit de lever naar de galblaas. Veel vrouwen krijgen minder last van jeuk. Als het middel bij jou werkt, dan merk je dat meestal binnen een dag. Vaak verbeteren de leverfuncties ook en dalen de galzuren in het bloed. Mogelijk neemt de kans op complicaties voor de baby af, maar we weten dit niet zeker.

Cholestyramine Als Ursochol bij jou niet werkt, dan kun je nog een ander medicijn proberen: cholestyramine. Dit medicijn bindt galzuur en verlaagt cholesterol.

Antihistaminica: hydroxyzine

Antihistaminica worden soms voorgeschreven tegen jeukklachten. Bij jeuk komt een stof vrij: histamine. Histamine is de belangrijkste veroorzaker van jeuk. Hydroxyzine blokkeert de werking van histamine, waardoor kan de jeuk afnemen. Je wordt suf van hydroxyzine. Daardoor val je makkelijker in slaap. Ook als je jeuk hebt.

Hoe verder?

De gynaecoloog adviseert je om de verdere controles in het ziekenhuis te doen. Je krijgt een medische indicatie. Elke twee weken krijg je bloedonderzoek en na 36 weken elke week. De gynaecoloog vraagt hoe het met je gaat en of de medicatie helpt. Zo nodig kun je een ander medicijn proberen.

Controles voor de baby?

Extra controles van de baby hebben geen zin. Met regelmatige echo's of hartregistraties (CTG's) kunnen we niet zien of de baby een hoger risico heeft op overlijden. Als je minder leven voelt, is er wel reden voor een extra controle.

Opwekken van de bevalling Wat mogelijk wel zin heeft, is de bevalling eerder op te wekken. Gynaecologen adviseren volgens de Nederlandse richtlijn als volgt:

galzuren hoger dan 40 umol/l	bevalling bij 37 weken opwekken
Ursochol voor cholestase	bevalling bij 37 weken opwekken
galzuren 10-40 umol/l en geen Ursochol	bevalling bij 40 weken opwekken

Waarom deze adviezen?

We weten dat de baby een hoger risico heeft op overlijden aan het eind van de zwangerschap. En we weten dat dat vooral gebeurt bij vrouwen bij wie de galzuren hoog zijn. Daarom adviseren gynaecologen vanaf 37 weken de bevalling op te wekken bij galzuren hoger dan 40 umol/l. Meestal worden de galzuren in je bloed lager als je Ursochol gebruikt. Maar we weten niet zeker of Ursochol ook het risico voor de baby wegneemt. Daarom adviseren gynaecologen de bevalling bij 37 weken op te wekken als je Ursochol gebruikt. Ook als de galzuren lager dan 40 umol/l zijn.

Samen beslissen

Dit zijn richtlijnen. Met je gynaecoloog bespreek je hoe dit is in jouw situatie en wat jouw ideeën zijn over het gebruik van medicijnen en het inleiden van de bevalling. Samen beslis je wat te doen. Nog afwachten of toch inleiden.

De bevalling

Tijdens de weeën controleren we de hartactie van de baby met een CTG. Dit gebeurt via de buik of met een draadje op het hoofd van de baby via de vagina. Je kunt je vrij bewegen.

Na de bevalling

Vaak neemt de jeuk al binnen een dag af en verdwijnt binnen een week. Dit geldt voor zowel gewone zwangerschapsjeuk als voor zwangerschapscholestase. Vrouwen die Ursochol gebruiken, kunnen veilig borstvoeding geven aan de baby. De cholestase verdwijnt vanzelf en je lever herstelt weer.

Met de pil ook cholestase? Als je zwangerschapscholestase hebt gehad, heb je een hogere kans op jeukklachten bij gebruik van de anticonceptiepil. Dit komt door de hormonen in de pil.

Volgende zwangerschap Heb je cholestase gehad? Bij een volgende zwangerschap heb je meer dan 50% kans dat je weer cholestase krijgt.

Alles op een rij

- Heb je last van ernstige jeuk? Dan krijg je bloedonderzoek om te weten of je galstuwung hebt.
- Bij galstuwung beschadigt de gal weefsel van de lever. Daardoor krijg je jeuk. Je kunt ook andere klachten krijgen. Na de bevalling herstelt de lever weer vanzelf. Er zijn geen risico's voor de gezondheid van de moeder.

- Galzuren kunnen in het bloed komen van de moeder en via de placenta bij de baby. Mogelijk is er daardoor een hoger risico op overlijden van de baby voor de bevalling.
- Uit voorzorg adviseert de gynaecoloog medicijnen te gebruiken om de galstuwung te verminderen.
- En om de bevalling op te wekken bij 37 weken als je
 - hoge galzuren hebt (> 40 umol/l) of
 - medicijnen gebruikt (Ursochol)

Medische termen

Wil je meer informatie zoeken? Deze medische termen kunnen je daarbij helpen.

zwangerschapscholestase	Engels term: intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) of obstetric cholestasis
CTG	Apparaat om de conditie van de baby te controleren (snelheid van de hartslagen van de baby en frequentie van de weeën) Cardio=hart, Toco=druk, Gram=registratie Ook wel hartfilmpje genoemd, maar dit is geen juiste term.
meconium	Eerste babypoep. Als de baby de meconium voor of tijdens de geboorte inademt en ademhalingsproblemen krijgt heet dit meconiumaspiratiesyndroom.

Ursodeoxycholzuur, Ursochol®

Hoe werkt het?

Ursochol bevordert het vervoer van gal vanuit de lever naar de galblaas. Er komen hierdoor minder galzuren in het bloed. De jeuk wordt minder. Meestal merk je binnen een paar dagen of het bij jou werkt.

Gebruik

Er zijn tabletten van 300 mg, 450 mg en 600 mg. De begin dosis is 10 mg/kg/dag. Weeg je 60 kilogram? Dan krijg je 600 mg per dag. De maximale dosis is 20 mg/kg/dag. Meestal krijg je dus 2 of 3 tabletten per dag, afhankelijk van je dosis. Je kunt de tabletten het beste bij het eten innemen met een half glas water. Het medicijn werkt het beste bij de spijsvertering. Neem ze daarom bij de maaltijd in.

Veiligheid voor de baby

Je kunt dit medicijn veilig gebruiken vanaf 12 weken van de zwangerschap.

Borstvoeding Je stopt met het medicijn na de bevalling. Je kunt veilig borstvoeding geven.

Bijwerkingen

Bijwerkingen die vaak voorkomen zijn maag-darmklachten, zoals misselijkheid en diarree. Dit gebeurt vooral aan het begin van de behandeling. Één tot tien op de 100 vrouwen heeft hier last van. Zie voor bijwerkingen die soms voorkomen: www.apotheek.nl/medicijnen/ursodeoxycholzuur

Contact opnemen: overgevoeligheid Als je overgevoelig bent, krijg je huiduitslag en galbulten. Dit komt bij minder dan één op 100 vrouwen voor. Als je benauwd wordt of een gezwollen gezicht krijgt, neem dan meteen contact op.

Disclaimer: deze folder is een bewerking van de folder “Cholestase”, module 2,3,4 en 5 van de NVOG, 2016.