

	VSV Samen protocol Zwangerschapscholestase
Documentgebied	Verloskunde
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij het VSV-Samen Nijmegen en omstreken
Autorisator	Programmaraad
Beoordelaar(s)	Chantal van Bijsterveldt, gynaecoloog CWZ Annemieke Bolte, perinatoloog Radboudumc Renée Langenhuijsen, diëtiste Radboudumc
Documentbeheerder(s)	Werkgroep protocollen VSV Samen
Auteur	Marianne Peeters, PA klinisch verloskundige Radboudumc Inge van Empel, perinatoloog Radboudumc
Datum publicatie	19-12-2022
Openbaar document	Ja
Controledatum	19-12-2023
Versie	4.0

Doel	2
Definities	2
Benodigd materiaal	2
Werkwijze/beslisboom	2
Vervolgbeleid bij vastgestelde cholestase	4
Literatuur/bronnen	5
Bijlage 1: aanvullende informatie zwangerschapscholestase	6

Doel

Eenduidig handelen bij (het vermoeden van) zwangerschapscholestase.

Definities

Zwangerschapscholestase (of intrahepatic cholestasis of pregnancy, ICP) is een aandoening gekarakteriseerd door (intense) jeuk zonder huidafwijkingen (behalve krabeffecten) in combinatie met een verhoogde concentratie van random serumgalzuren (galzure zouten, GZZ) door intrahepatische stase van gal. 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 (1).

Benodigd materiaal

NVOG Folder "zwangerschapscholestase", te downloaden van de website www.samennijmegen.nl.

Werkwijze/beslisboom

Diagnostiek

Bij het vermoeden van zwangerschapscholestase kan door de eerste lijns verloskundige praktijk diagnostiek worden ingezet. 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 zowel in het Radboudumc, het CWZ als in het SHO gelijk: $<10 \mu\text{mol}$
- ALAT, ASAT en Gamma GT
- Bilirubine

Omdat de jeuk kan voorafgaan aan de met cholestase geassocieerde laboratoriumafwijkingen, wordt bij normale laboratoriumbepalingen maar bij persistenten van de jeuk geadviseerd het laboratoriumonderzoek na een á twee weken te herhalen. Indien de diagnose "zwangerschapscholestase" is gesteld dient afhankelijk van de hoogte van de GZZ het laboratoriumonderzoek iedere één tot twee weken te worden herhaald (zie: vervolgsbeleid). Post partum horen laboratoriumafwijkingen binnen vier tot zes weken te normaliseren.

Indien de galzure zouten normaal zijn maar de leverenzymen afwijkend zijn moet vervolgonderzoek worden ingezet. Dit geldt ook als de mate van (forse) verhoging van de leverenzymen niet in verhouding is met de mate van (lichte) verhoging van de galzure zouten.

- Hepatitis A, B, C
- Ziekte van Pfeiffer (mononucleosis infectiosa)
- CMV
- Echo van de lever en de galblaas

Informatie voor de 1^e lijn m.b.t. bloedafname

- De bloedafname vindt plaats in het SHO, de 1^e lijns verloskundige kan de aanvragen doen hiervoor.
- De bepaling van de galzure zouten vindt plaats in Utrecht, de overige bepalingen worden door het SHO bepaald.
- Voor het CITO aanvragen van de galzure zouten moet worden gebeld met de dienstdoende klinisch chemicus, directe telefoonnummer: 030-2361199. De zwangere moet ruim voor 12.00 bloed laten afnemen op het SHO, dan gaat het bloed die dag nog naar Utrecht. Vermeld op het labformulier bij GZZ dat deze CITO moeten worden bepaald, daarbij ook een 06-nummer vermelden waarop de uitslag kan worden doorgegeven.
- Stolling: protrombinetijd, deze als eerste afnemen. Twee citraatbuizen met een lichtblauwe dop nodig. Eerst één buis afnemen en vullen tot aan streepje, vervolgens weggooien. Dan een tweede blauwe buis afnemen, vullen tot aan het streepje en die naar het lab laten gaan. De lichtblauwe citraatbuis moet apart worden besteld bij het SHO (email).
- Galzuren: één SE3-buis
- Transaminasen ALAT en ASAT, Gamma GT en bilirubine: samen één HP1-buis.

Logistiek Radboudumc

De bepaling van de GZZ vindt in het Radboudumc dagelijks plaats, de uitslag duurt 24-48 uur. De GZZ worden bepaald in het KC-laboratorium, intern telefoonnummer 14777.

Logistiek CWZ

De GZZ worden voor het CWZ ook in het Radboudumc bepaald, een koerier komt het bloed ophalen.

Behandeling jeukklachten

Medicamenteuze behandeling is met name gericht op reductie van de jeukklachten.

- 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%), er wordt tevens een daling van maternale en foetale galzuren beschreven. Het is verreweg het meest gebruikt en onderzocht maar niet geregistreerd voor de indicatie zwangerschapscholestase. Off label use moet dan ook worden benoemd. Er is geen bewijs dat ursodeoxycholzuur de foetale en neonatale uitkomsten verbetert (2, 4). Het verhoogd risico op perinatale morbiditeit en mortaliteit blijft gelden ook als de galzuren dalen (1).
- mentholpoeder of mentholgel voor uitwendig gebruik voor verlichting jeukklachten.
- 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.
- Colestyramine (Questran[®]): geen eerste keus behandeling en terughoudendheid wordt geadviseerd. Bij voorschrijven colestyramine moet de protrombinetijd worden bepaald gezien verminderde opname van vitamine K.
- 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 vetoplosbare vitaminen, of bij verlengde protrombinetijd.

Voorlichting

Verwijs naar www.samennijmegen.nl voor de folder "Zwangerschapscholestase".

Vervolgbeleid na het stellen diagnose zwangerschapscholestase

- Zwangerschapscholestase, dat wil zeggen dat de GZZ ≥ 10 $\mu\text{mol/l}$ zijn, is altijd een indicatie voor overdracht naar de 2^e lijn voor de controles van de zwangerschap en de bevalling.
- Bespreek medicatie m.b.t. jeukreductie.
- Er is geen bewijs dat een aangepast dieet de cholestase en de klachten kan verminderen.
- Het vervolgbeleid is afhankelijk van de hoogte van de GZZ bij het stellen van de diagnose zwangerschapscholestase* (3,5,6).

GZZ 10-39:

- GZZ en leverfuncties iedere twee weken vervolgen tot de bevalling
- Bespreek inleiding bij 39 weken, indien wens tot afwachten: advies inleiding ≤ 41 weken

GZZ 40-100:

- GZZ en leverfuncties wekelijks vervolgen tot de bevalling
- één keer per week CTG*
- Bespreek inleiding 38+0 – 39+0, ook op basis van CTG / LF / jeuk / medicatie / comorbiditeit
- Continu CTG durante partu

Bij GZZ ≥ 100 :

- Wekelijks GZZ en leverfuncties vervolgen tot de bevalling
- twee keer per week CTG*
- Overweeg vanaf 34+0 dagelijks CTG tot aan partus middels opname of thuismonitoring
- Adviseer inleiding bij 36+0 weken**
- Continu CTG durante partu

Beleid individualiseren

Het beleid kan worden geïndividualiseerd op basis van:

- Extreme jeuk
- Leverfunctiestoornissen
- Hoogte en stijging van de GZZ
- fetal loss <36 weken in de voorgeschiedenis tgv ICP en nu opnieuw ICP huidige graviditeit
- In uitzonderlijke gevallen kan besloten worden tot inleiding 34+0 – 35+6.

**Een beleid waarbij twee keer per week CTG, ursodeoxycholzuur en inleiden 37-38 weken wordt gevolgd laat afname van sterfte zien. NB: Antepartum CTG spoort de acute sterfte niet op/mist deze. Het % antepartum abnormaal CTG is wel verhoogd ten opzichte van geen cholestase. Welk onderdeel van het beleid (goede instructie ten aanzien van leven voelen, verrichten van CTG of Ursochol of inleiden) de sterfte verlaagt is niet onderzocht, wel het gehele pakket van maatregelen. Amnioscopie voor opsporen meconium en foetale longrijpheid bepalen doen we in Nederland niet. De voorspellende waarde van een normaal CTG is voor het optreden van foetale sterfte beperkt door het mechanisme van acute anoxie. Een normaal CTG sluit het optreden van intra-uteriene vruchtdood op korte termijn dus niet uit.*

*** als de risico's van de zwangerschapscholestase worden afgewogen t.o.v. de risico's van iatrogene vroeggeboorte blijkt de optimale termijn van inleiding bij GZZ>100 blijkt bij 36+0 te liggen (11).*

Beleid post partum

Vrouwen die Ursochol gebruiken kunnen veilig borstvoeding geven aan hun kind. 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. Progestageen bevattende anticonceptie kan zonder bezwaar worden voorgeschreven.

Studies uit Finland en Zweden laten zien dat vrouwen met zwangerschapscholestase een drie tot vijf maal verhoogde kans hebben op hepatobiliaire ziekten zoals galstenen, hepatitis C en cirrose. Overweeg sterk om op nacontrole zes weken postpartum de GZZ en leverfuncties te bepalen, onafhankelijk van wel of niet aanwezig zijn van jeuk. Indien de labwaarden persistent afwijkend zijn dan wordt verwijzing naar MDL voor verdere analyse geadviseerd.

Literatuur/bronnen

1. NVOG richtlijn "Zwangerschapscholestase" 2011
2. FMS module "zwangerschapcholestase" 2018, aanvulling NVOG richtlijn 2011
3. **Ovadia, et al. The Lancet 2019.**
Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses.
4. **Chappell et al; Lancet 2019**
Ursodeoxycholic acid versus placebo in women with intrahepatic cholestasis of pregnancy (PITCHES): a randomised controlled trial.
5. **Di Mascio et al, J Matern Fetal Neonat Med. Nov 2019**
Perinatal death by bile acid levels in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a systematic review. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1685965>
6. **Uptodate: Intrahepatic cholestasis of pregnancy, aug 2020**
<https://www.uptodate.com/contents/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy>
7. Glantz A, Marschall HU, Mattsson LA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates. *Hepatology* 2004;40:467–74.
8. Lee RH, Incerpi MH, Miller DA, Pathak B, Goodwin TM. Sudden fetal death in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;113(2 Pt 2):528–31.
9. Sentilhes L, Verspyck E, Pia P, Marpeau L. Fetal death in a patient with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006;107(2 Pt 2): 458–60.
10. Cui D, Zhong Y, Zhang L, Du H. Bile acid levels and risk of adverse perinatal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a metaanalysis. *J Obstet Gynaecol Res* 2017;43:1411–20.
11. SMFM consult series #53: intrahepatic cholestasis of pregnancy, February 2021.

Bijlage 1: aanvullende informatie zwangerschapscholestase

Epidemiologie

- de prevalentie van zwangerschapscholestase wordt beïnvloed door genetische, hormonale en omgevingsfactoren
 - de prevalentie in Europa is 0.1 - 2%, bij sommige Zuid-Amerikaanse populaties 10-15% en sommige Aziatische populaties 1.5%
 - het herhalingsrisico is 45-70% in een volgende zwangerschap
 - In 15-30% van de gevallen komt het familiair voor
 - zwangerschapscholestase treedt frequenter op in herfst- en wintermaanden
- De etiologie van zwangerschapscholestase is multifactorieel en grotendeels onopgehelderd (1).

Symptomatologie

Het voor de diagnose noodzakelijke symptoom is jeuk zonder huidafwijkingen (behalve krabeffecten). De jeuk is in eerste instantie alleen 's nachts aanwezig en begint vaak aan handpalmen en voetzolen. Jeuk kan echter over het hele lichaam voorkomen en kan over de tijd variëren in ernst. Bij continue aanwezigheid van jeuk is deze vaak heftiger tijdens de nacht met als gevolg slaapdeprivatie. De jeuk hoort post partum binnen enkele dagen te verdwijnen. De jeuk wordt niet veroorzaakt door de galzuren (1).

Zwangerschapscholestase kan tevens gepaard gaan met:

- steatorroe (vetdiarree)
 - donkere urine (70%)ontkleurde feces (33%)
 - oncomfortabel gevoel rechts in de bovenbuik
 - milde icterus: 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.
- Zwangerschapscholestase gaat niet gepaard met intra uteriene groeirestrictie, uteroplacentaire insufficiëntie, of abnormale dopplerflow profielen.

Maternale morbiditeit

Maternale morbiditeit wordt gekenmerkt door

- intense jeuk
- slaapdeprivatie

Foetale mortaliteit

- Toegenomen perinatale sterfte met name (acute) intra uteriene vruchtdood (IUVD): deze is 0.9% in tegenstelling tot het risico op IUVD van 0.3% bij gezonde zwangeren zonder zwangerschapscholestase (3). Er bestaat een relatie tussen de hoogte van de GZZ en het optreden van foetale complicaties: bij GZZ > 40 $\mu\text{mol/l}$ is er een significant groter risico op IUVD, dit risico is bij GZZ >100 $\mu\text{mol/l}$ sterk toegenomen tot 6.8% (30.5x hoger dan zonder cholestase).
- Bij GZZ <40 $\mu\text{mol/l}$ wordt in de literatuur geen toegenomen perinatale sterfte gezien tot 40 weken. Echter, in de meeste studies die de kans op IUVD in de groep van GGZ<40 onderzochten werden wel diverse maatregelen getroffen die beoogden de kans op IUVD te

verlagen, zoals het maken van antenatale CTG's, CTG-monitoring durante partu en vroegtijdig inleiden (7-9).

- De foetale sterfte bij eenlingzwangerschappen treedt voornamelijk op in laatste maand van de zwangerschap met een mediaan van 38 weken (1).

Foetale morbiditeit

- Zwangeren met ICP hebben vaker ongunstige zwangerschapsuitkomsten (RR 1.96; 95% CI 1.63-2.35). Er is niet alleen een verhoogd risico op IUVD, maar ook vaker vroeggeboorte (RR 2.23; 95% CI 1.51-3.29), asfyxie of IRDS (RR 1.67; 95% CI, 1.18-2.36), en meconiumhoudend vruchtwater (RR 2.27; 95% CI, 1.81-2.85) (ref 10)

Hoe hoger de GZZ, hoe hoger dan kans is op foetale morbiditeit.

- Toename spontane vroeggeboorte: 5.4% bij GZZ <40 µmol/l tot 18.% bij GZZ >100 µmol/l

- Toename iatrogene vroeggeboorte: 11.% bij GZZ <40 µmol/l tot 36% bij GZZ >100 µmol/l

- Meconiumhoudend vruchtwater: 9% bij GZZ <40 µmol/l tot 32% bij GZZ >100 µmol/l.

- Een deel van de morbiditeit door vroeggeboorte is ten gevolge van vroegtijdig inleiden.

Andere oorzaken van verhoogde galzuren

De differentiaaldiagnose van verhoogde GZZ in de zwangerschap is lang. Er kan sprake zijn van zeldzamere oorzaken, zoals: primaire biliare cholangitis, obstructief gallijden, primaire scleroserende cholangitis, medicatie-geïnduceerde cholestase (t.g.v. antibiotica), infecties (bacterieel, viraal, schimmels), auto-immuun hepatitis, ziekte van Crohn, leverstuwings t.g.v. hartfalen, lymfomen of andere tumoren, sarcoïdose, cirrose, sikkelcel intrahepatische cholestase, etc.

Andere oorzaken van jeuk in de zwangerschap

Andere oorzaken van jeuk dienen tevens te worden uitgesloten. Gedacht moet worden aan:

- preëclampsie
- virale infecties
- galstenen
- zwangerschapsdermatosen
- acute leververvetting
- allergische reacties

Medicijnen die cholestase kunnen indiceren

- oestrogenen
- progestagenen
- carbamazepine
- amoxicilline-clavulaanzuur
- trimethoprim-sulfamethoxazol
- erythromycine
- nitrofurantoïne
- nifedipine

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 zwangerschapscholestase

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 eigen gezondheid. Na de zwangerschap gaat cholestase weer over. De lever herstelt vanzelf.

Voor de baby: verhoogd risico op overlijden?

Waarschijnlijk is ernstige cholestase wel gevaarlijk voor de baby. 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

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 vette 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 (dermatoloog).

- Bloedonderzoek. Het bloedonderzoek bestaat uit:

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

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 galzure zouten normaal maar 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

- Geen 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 $\mu\text{mol/l}$? Dan heb je cholestase.

Als de galzuren $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ zijn dan noemen we dit ernstige cholestase.

Behandeling zwangerschapscholestase

Dieet

Er zijn geen aanwijzingen dat het volgens van een speciaal dieet beter is bij zwangerschapscholestase. Wel blijft het natuurlijk belangrijk om gezond te blijven eten als je zwanger bent.

Medicijnen

Er zijn medicijnen die het vervoer van gal verbeteren en de jeuk verminderen. 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.

- 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.

- Mentholpoeder of mentholgel voor uitwendig gebruik op de huid kan de jeukklachten verminderen.

Hoe verder?

Controles

De gynaecoloog adviseert je om de verdere controles in het ziekenhuis te doen. Je krijgt een medische indicatie. Het bloedonderzoek zal regelmatig worden herhaald. De gynaecoloog vraagt hoe het met je gaat en of de medicatie helpt. Zo nodig kun je een ander medicijn proberen.

CTG

Bij ernstige cholestase, dat is als de galzure zouten ≥ 40 $\mu\text{mol/l}$ zijn, wordt iedere week een CTG gemaakt. Als de galzure zouten > 100 $\mu\text{mol/l}$ zijn dan is het advies om vanaf 34 weken iedere dag een CTG te laten maken. Het kan zijn dat je daarvoor moet worden opgenomen in het ziekenhuis, soms kan het CTG bij jou thuis worden gemaakt (thuismonitoring), bespreek dit met je gynaecoloog.

Bevalling opwekken

Verder adviseren gynaecologen de bevalling op te wekken bij cholestase. Wanneer de bevalling wordt ingeleid hangt af van de hoogte van de galzure zouten en soms ook van de jeukklachten als deze heel hevig zijn.

Bij milde zwangerschapscholestase wordt geadviseerd de bevalling op te wekken bij 39 – 40 weken zwangerschap maar in ieder geval niet later dan bij 41 weken.

Bij ernstige cholestase wordt geadviseerd de bevalling in te leiden tussen 38 en 39 weken zwangerschap, of soms zelf bij 36 weken als de GZZ boven de 100 $\mu\text{mol/l}$ zijn.

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.

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 op te wekken.

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.
- Het volgen van een speciaal dieet bij cholestase is niet zinvol.
- Bij cholestase is het advies de bevalling op te wekken, wanneer de bevalling moet worden opgewekt hangt af van de hoogte van de galzure zouten.

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 1 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.