



Protocol zwangerschapscholestase

Documentgebied	Verloskunde
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij de geboorteorganisatie Nijmegen en omstreken "samen zorgen voor nieuw leven"
Autorisator	Professor Vandebussche, voorzitter Programmaraad
Beoordelaar(s)	E. Hink, perinatoloog Radboudumc, C. van Bijsterveldt, gynaecoloog CWZ
Documentbeheerder(s)	M. Peeters, MPA klinisch verloskundige
Auteur	M. Peeters, MPA klinisch verloskundige
Datum publicatie	01-02-2018
Openbaar document	Ja
Controledatum	01-02-2019
Versie	1.0

Doel

Eenduidig handelen bij (het vermoeden van) zwangerschapscholestase.

Definitie

Zwangerschapscholestase is een aandoening gekarakteriseerd door (intense) jeuk zonder huidafwijkingen (behalve krabeffecten) in combinatie met een verhoogde concentratie van random serumgalzuren 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.

Indicatie

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.

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.

Zwangerschapscholestase kan 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

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%). Indien 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.

Benodigd materiaal

NVOG Folder "zwangerschapscholestase", te downloaden van de website van het Radboudumc of CWZ.

Werkwijze/beslisboom

Diagnostiek

Bij het vermoeden van zwangerschapscholestase kan door de eerste lijns verloskundige praktijk, via het SHO, 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 mcg/L
- Transaminasen ALAT en ASAT
- Gamma GT
- Bilirubine
- Stolling: protrombinetijd (PT)

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 (zie ook paragraaf "actief beleid"). Post partum horen laboratoriumafwijkingen binnen vier tot zes weken te normaliseren.

Indien de leverfuncties afwijkend zijn moet vervolgonderzoek worden ingezet:

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

Logistiek Radboudumc:

De bepaling van de galzuren vindt in het Radboudumc plaats op dinsdag en op donderdag, de uitslag duurt 24-48 uur. Galzuren die op donderdag zijn aangevraagd zijn op de daarop volgende maandagmiddag bekend. Voor de diagnostiek zwangerschapscholestase kunnen de galzuren cito worden aangevraagd, ook op maandag, woensdag en vrijdag, hierover moet

wel worden gebeld met het KCL, intern telefoonnummer 14777. Voor het vervolgen van de galzuren is geen cito bepaling nodig maar kan 24-48 uur op de uitslag worden gewacht.

Logistiek CWZ:

Op maandagochtend (vrijdag van te voren klaarzetten) en op donderdagochtend (woensdag klaarzetten) komt er een koerier die het bloed komt ophalen. Cito kan eventueel ook, maar dan moet het voor 15.30 uur klaargezet worden. De waarde wordt bepaald in het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein.

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 zijn:

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

Behandeling

Medicamenteuze behandeling is met name gericht op matернаal comfort, dat wil zeggen jeukreductie.

- 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. Het is verreweg het meest gebruikt en onderzocht maar niet geregistreerd voor de indicatie zwangerschapscholestase. Off label use moet dan ook worden benoemd.
- Colestyramine (Questranã®) : heeft significant minder effect op de jeuk en de laboratoriumparameters van zwangerschapscholestase en meer bijwerkingen dan Ursochol®. Er kan door verminderde opname van vetoplosbare vitamines 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 vetoplosbare vitaminen, of bij verlengde protrombinetijd.

Bij medicamenteuze behandeling van maternale jeuk is met name bij gebruik van ursodeoxycholzuur daling van maternale en foetale galzuren beschreven. Ursodeoxycholzuur is dan ook het middel van eerste keus.

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 teveel suiker en zout
- Eet vooral vetarm

Verwijs de zwangere naar de website van het Radboudumc/CWZ voor de folder "Zwangerschapscholestase". De dieetadviezen staan tevens in deze folder vermeld.

Actief beleid

Er dient een actief beleid te worden gevoerd omdat er aanwijzingen zijn dat hierdoor de frequentie van foetale sterfte kan afnemen.

- Vervolgen galzuren: Een associatie tussen de hoogte van de galzuren en foetale complicaties is aannemelijk. Gezien de gevonden associatie met het optreden van foetale complicaties is bepaling en vervolgen (1x per 2 weken) van de galzuren geïndiceerd. Als de galzuren op enig moment in de zwangerschap $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ geweest zijn moet de zwangerschap beschouwd worden als hoog risico voor obstetrische complicaties (verhoogd risico meconiumhoudend vruchtwater en IUVD). Het risico op IUVD is vooral verhoogd indien galzuren enig moment $\geq 100 \mu\text{mol/l}$ zijn geweest (2). 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.
- 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.
- De Obstetrische Werkgroep Otterlo van de NVOG adviseert het moment van bevallen op individuele basis met de zwangere te bespreken en adviseert een bevalling na te streven vanaf 37 weken bij ernstige zwangerschapscholestase

(galzuren ≥ 40 $\mu\text{mol/l}$) en systemisch behandelde zwangerschapscholestase, en in andere gevallen de zwangerschap niet voorbij de 40 weken te laten komen (1). Gezien het verhoogde risico op intrapartum asfyxie (16-20%) wordt continue foetale bewaking durante partu geadviseerd.

- Een Zweedse studie liet een sterke associatie zien met zwangerschapsdiabetes en preëclampsie (3).
- Een recente retrospectieve Nederlandse studie waarbij uitkomsten van 215 vrouwen werd geanalyseerd met classificatie van milde cholestase (galzuren 10–39 mmol/l), matig-ernstig (galzuren 40–99 mmol/l), en ernstig (galzuren >100 mmol/l) liet in ernstige groep significant meer spontane vroeggeboorte (19.0%), meconiumhoudend vruchtwater (47.6%), en perinatale sterfte (9.5%) zien (4).
- Er is ook een grote studie verschenen die laat zien dat de foetale uitkomsten slechter zijn in geval van bijkomende pathologie zoals IUGR en/of PE (6).

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. Progestageenbevattende anticonceptie kan zonder bezwaar worden voorgeschreven.

Studies uit Finland en Zweden laten zien dat vrouwen met zwangerschapscholestase een 3-5 maal verhoogde kans hebben op hepatobiliaire ziekten zoals galstenen, hepatitis C en cirrose (5). Bloedwaarden van vrouwen moeten opgevolgd worden tot normalisatie van de leverfuncties zes tot twaalf weken na de bevalling, onafhankelijk van wel of niet aanwezig zijn van jeuk. Indien de labwaarden persisterend hoog zijn dan wordt verwijzing naar MDL voor verdere analyse geadviseerd.

Literatuur/bronnen

1. NVOG richtlijn "Zwangerschapscholestase" 2011
2. Kawakita et al. Am J Obstet Gynecol. 2015 Oct;213(4):570.
3. Wikstrom-Shemer et al. BJOG. 2013 may;120(6):717-723.
4. Brouwers L, Koster MP, Page-Christiaens GC, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: maternal and fetal outcomes associated with elevated bile acid levels. Am J Obstet Gynecol 2015;212(1):100-107.
5. Marschall HU, Wikstrom Shemer E, Ludvigsson JF, Stephansson O. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated hepatobiliary disease: a population-based cohort study. Hepatology 2013;58(4):1385-91
6. Geenes V, et al. Hepatology 2014;59(4):1482-1491

Bijlagen

1. NVOG folder "zwangerschapscholestase"

Zwangerschapscholestase

Galstuwing in de zwangerschap

Je hebt jeukklachten tijdens je zwangerschap. Mogelijk is de oorzaak van deze jeuk galstuwing, ook wel cholestase genoemd. Bij cholestase in de zwangerschap noemen we dit zwangerschapscholestase. Deze folder geeft je meer informatie hierover. Galstuwing 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: verhoogd risico op overlijden?

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 umol/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 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.

- 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 galstuwning hebt.
- Bij galstuwning 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 galstuwning 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	engelse 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.