Nausea e vomito in gravidanza

Data 16 settembre 2009
Categoria ginecologia

Una breve rivisitazione dell'inquadramento e della terapia della nausea e del vomito in gravidanza.

Cos'è l'emesi gravidica?
La nausea e il vomito durante la gravidanza sono molto comuni e si calcola che siano interessate circa quattro gravide su cinque. In genere il disturbo si attenua o scompare dopo il terzo- quarto mese di amenorrea, anche se in circa il 20% dei casi può persistere per tutta la durata della gestazione con gravità variabile.
Dalla comune emesi gravidica deve essere distinta una condizione molto più grave che interessa meno dell'1% delle gravidanze e che va sotto il nome di "iperemesi gravidica". In questa condizione nausea e vomito sono così gravi da portare ad un vero e proprio stato di disidratazione e prostrazione per cui è necessario ricoverare la paziente per sottoporla a reidratazione e nutrizione parenterale.

Quali sono le cause dell'emesi gravidica?
Le cause sono sconosciute. Sono stati di volta in volta ipotizzati fattori ormonali e psicologici.
Secondo un'ipotesi l'emesi gravidica sarebbe dovuta all'aumento della gonadotropina corionica umana che si verifica durante la gravidanza. Altri autori suggeriscono un possibile ruolo patogenetico dell'Helicobacter pylori.

Qual è la prognosi dell'emesi gravidica?
Di solito la prognosi è buona e il quadro clinico migliora durante il proseguo della gravidanza. Alcuni studi hanno evidenziato che l'emesi gravidica è associata ad una riduzione del rischio di aborto ma non della mortalià perinatale.

Da cosa bisogna differenziare l'emesi gravidica?
Anche se la diagnosi è semplice è necessario differenziare l'emesi gravidica da alcune condizioni come patologie gastroenteriche (colica epatica, appendicite, ulcera peptica, pancreatite, etc.), patologie metaboliche (chetosi diabetica, ipertiroidismo), affezioni genitourinarie (pielonefrite, colica renale, etc.), patologie neurologiche (malattie vestibolari, emicrania).

Terapie non farmacologiche
Come trattamento iniziale possono essere suggerite alcune misure comportamentali: mangiare piccole porzioni di cibo ogni 1-2 ore e bere separatamente dall'assunzione del cibo. Per esempio la donna dovrebbe dapprima ingerire del cibo e bere dopo circa mezz'ora. E' importante anche evitare odori che possono scatenare la nausea e preferire solo gli alimenti che vengono tollerati. In alcuni casi si può consigliare di integrare la dieta con supplementi che sono disponibili in commercio sotto varie forme (barrette, budini semiliquidi, polveri da sciogliere in acqua, latte o the, etc.).
Un altro accorgimento è quello di dare la preferenza a liquidi freddi che di solito sono meglio tollerati. Anche gelati alla frutta e ghiaccioli possono essere di aiuto e permettere alla gestante di introdurre la quantità giornaliera di liquidi consigliata (almeno 1,5 litri). Esistono in commerico anche bevande reidratanti contenenti sali e minerali che possono essere assunte al posto dell'acqua.

Quali farmaci usare?
Secondo Clinical Evidence nella semplice emesi gravidica si sono dimostrati utili o probabilmente utili lo zenzero, gli antistaminci (anti H1) e la vitamina B6 (piridossima), oltre all'acupressione a livello del punto di Neiguan noto anche come punto P6 (superficie volare dell'avambraccio, circa 3 dita sopra il polso). Di utilità non determinata sarebbero agopuntura, interventi dietetici e fenotiazine.
Nella iperemesi gravidica tutti gli interventi esaminati (agopuntura, corticotropina, diazepam, zenzero, ondansetron, dieta) sarebbero di utilità non determinata.
Secondo le linee guida inglesi il trattamento con farmaci dovrebbe essere preso in considerazione se le misure non farmacologiche falliscono e la donna presenta sintomi gravi che impediscono le attività giornaliere o se si riscontra un aumento dei corpi chetonici nelle urine. Le linee guida ricordano che nessun antiemetico è stato autorizzato per il trattamento della nausea e del vomito in gravidanza.
Il farmaco di prima scelta è la prometazina (25 mg prima di coricarsi, ripetere al mattino se necessario). Se dopo 24-48 ore la terapia è efficace si consiglia di proseguirla per il minor tempo possibile. Se non vi è risposta si può ricorrere alla metoclopramide (10 mgx3/die). La paziente va inviata a consulenza specialista se neppure questa strategia funziona, oppure se vi è disidratazione e/o chetonuria. La prometazina è il farmaco di prima scelta perchè gli studi non hanno dimostrato un aumento delle malformazioni congenite durante l'uso in gravidanza. La metoclopramide è considerata sicura anche se sono disponibili pochi dati al riguardo.
La durata del trattamento deve essere individualizzata basandosi sulla riposta della paziente.
Non vengono consigliati: acustimolazione, agopuntura, erboderivati, omeopatia, ipnosi, psicoterapia, multivitamine perchè non ci sono studi oppure perchè le evidenze circa la loro sicurezza ed efficacia in gravidanza sono limitate. Viene però riportato che le linee guida NICE consigliano zenzero e acupressione sul punto P6.
Per la piridossina le linee guida inglesi ammettono che ci sono evidenze limitate circa la sua efficacia, tuttavia non sappiamo quale sia il dosaggio ottimale e, anche se l'uso in gravidanza non è stato associato ad un aumento del rischio di malformazioni congenite, dosi oltre i 50 mg/die possono causare neuropatia periferica.



Referenze

1. http://clinev.it (accesso del 31 gennaio 2009). Liberamente accessibile previa registrazione.
2. http://www.cks.library.nhs.uk/nausea_vomiting_in_pregnancy#322542001 (accesso del 31 gennaio 2009). Liberamente accessibile previa registrazione.