

Gewijzigd advies over ijzersuppletie in herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode

Vera-Christina Mertens, Jolanda Wittenberg

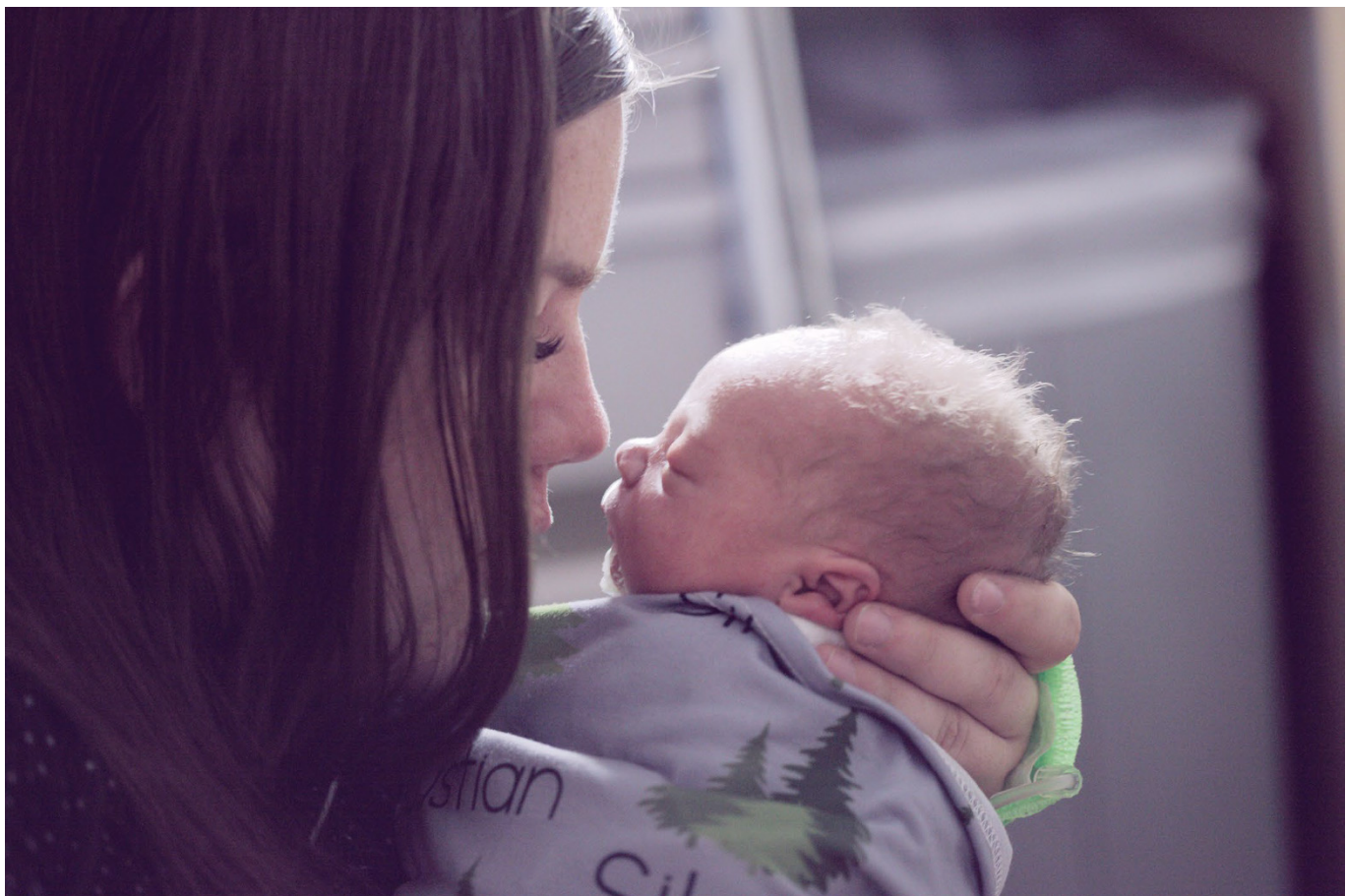
De belangrijkste wijzigingen in de herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode zijn de aangepaste frequentie van ijzersuppletie bij ijzergebreksanemie en het besluit om geen ketonen meer te bepalen bij de diagnostiek van hyperemesis gravidarum. Daarnaast hebben we uitgebreidere informatie opgenomen over normaal huilgedrag en over gastro-oesofageale reflux bij de pasgeborene.

In januari 2021 is in de NHG-Standaard Anemie de behandeling van ijzergebreksanemie herzien. De frequentie van ijzersuppletie ging bij niet-zwangeren van 2 keer per dag naar 2 keer per week, omdat uit onderzoek bleek dat minder vaak suppleren net zo effectief is en minder bijwerkingen geeft. Dit wordt verklaard door de rol van hepcidine. Hepcidine wordt gemaakt in de lever en neemt toe bij een hogere intracellulaire ijzerconcentratie, waardoor de ijzeropname in

de darm gedurende 24 uur wordt geremd. Ongeveer 48 uur na ijzersuppletie is de hepcidineconcentratie weer genormaliseerd.

De wijziging in de NHG-Standaard Anemie was reden voor de NHG-werkgroep Zwangerschap en kraamperiode om ook de frequentie van ijzersuppletie bij zwangeren te onderzoeken. Uit onderzoek blijkt dat ook bij zwangeren intermitterende ijzersuppletie even effectief is vergeleken met dagelijks suppleren. Na 16 weken was eenzelfde verbetering in Hb bereikt. Of dagelijks suppleren tot een snellere Hb-stijging zorgt, is niet onderzocht. Voor zwangeren kan dat van belang zijn, omdat het wenselijk is om met een Hb > 6,5 mmol/l de bevalling in te gaan.

De werkgroep beveelt ferrofumaraatablet 200 mg aan; 2 tot 7 keer per week. We adviseren de keuze in behandel frequentie met de vrouw te bespreken. Neem de duur van de zwangerschap, de ernst van de anemie en de (ernst van) bijwerkingen



Het advies over ijzersuppletie is aangepast in de herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode.

Foto: Unsplash/Alexander Grey

(misselijkheid, obstipatie) mee in de afweging. (Ernstige) anemie in het derde trimester pleit mogelijk voor dagelijkse suppletie. Voordeel van intermitterende ijzersuppletie is dat het minder bijwerkingen (maag-darmklachten, zoals misselijkheid en obstipatie) geeft. Nadeel van intermitterende suppletie kan zijn dat een inname wordt vergeten. Als de zwangere veel bijwerkingen (maag-darmklachten) ervaart, kan – als er is gekozen voor dagelijkse suppletie –, de frequentie worden aangepast naar bijvoorbeeld 2 of 3 keer per week.

De voorkeur voor ferrofumaraat blijft overigens ongewijzigd voor alle patiëntengroepen. De voordelen van dit middel zijn de laagste kosten, de minste interactie met andere geneesmiddelen en geen milieuschade. Ferrofumaraat 200 mg bevat 65 mg elementair ijzer.

[HYPER]EMESIS GRAVIDARUM

Zwangerschapsmisselijkheid en -braken komen vaak voor. Interventies om de klachten te verminderen zijn zeer welkom en de werkgroep heeft alle onderzoeken naar de behandeling van (hyper)emesis gravidarum (HG) bekeken. Helaas vond de werkgroep geen nieuwe inzichten voor een behandeling in de eerste lijn en zijn de aanbevelingen daarom ongewijzigd. Na de toepassing van niet-medicamenteuze adviezen, zoals het nuttigen van frequente kleine maaltijden en rust, kan bij ernstige hinder worden overgegaan op behandeling met metoclopramide (eerste keus) of metoclopramide (tweede keus).

HG kenmerkt zich door ernstige misselijkheid en braken buiten het normale spectrum van zwangerschapsmisselijkheid. Internationaal is er geen overeenstemming over de diagnostische criteria. Veelgebruikte criteria zijn misselijkheid en braken vanaf vroeg in de zwangerschap (4 tot 8 weken), gewichtsverlies, dehydratie en elektrolytstoornissen. Verder heeft HG een negatieve impact op de kwaliteit van leven en functioneren in het dagelijks leven. Ook gaat HG vaak gepaard met psychische klachten en zelfs posttraumatische stressstoornis.

Uit onderzoek blijkt dat ketonurie geen graadmeter is voor dehydratie of de ernst van HG. Daarmee is de bepaling van ketonurie niet van toegevoegde diagnostische waarde en bevelen we dit niet meer aan. De diagnose wordt gesteld op basis van het klinisch beeld.

HG treedt op bij 0,2-2% van de zwangeren en is de meest voorkomende reden van een ziekenhuisopname in de eerste helft van de zwangerschap. Verwijs bij (vermoeden van) uitdroging, gewichtsverlies of onvoldoende verbetering van de klachten, ondanks behandeling met anti-emetica naar de tweede lijn. Het herhalingsrisico op HG is groot: 15-80% bij een volgende zwangerschap.

GASTRO-OESOFAGEALE REFLUX, NORMAAL HUILGEDRAG EN PROTONENPOMPREMERS (PPI'S)

De informatie over gastro-oesofageale reflux bij de pasgeborene is uitgebreid en geactualiseerd. Ook is informatie toegevoegd over huilen bij pasgeborenen; hoeveel huilen kan als normaal beschouwd worden en wanneer spreek je van overmatig huilen?

Twee uur huilen op een dag met een piek rond de leeftijd van 6 weken kan als normaal worden beschouwd. Dit kan ouders geruststellen, maar neemt niet weg dat de psychosociale belasting van ouders en verzorgers van kinderen die huilen hoog is. Er zijn geen bewezen effectieve interventies om het huilgedrag te verminderen. De jeugdgezondheidszorg heeft in de begeleiding van de ouders een leidende rol. Samenwerking met de huisarts kan nodig zijn vanwege de impact op ouders en hun dagelijks leven.

Bij kinderen die overmatig huilen wordt vaak de link gelegd met eventueel aanwezige reflux. Symptomen van gastro-oesofageale reflux zijn een fysiologisch fenomeen dat bij 50% van alle pasgeborenen voorkomt. Terugvloeiën van melk in de mond en spugen in de eerste levensmaanden wordt vaak veroorzaakt door een volumereflex vanwege te veel voeding. Als de reflux ook gepaard gaat met prikkelbaarheid en/of huilen, wordt de reflux door de ouders vaak als oorzaak aangewezen. Bij een zuigeling met gastro-oesofageale reflux – die alleen spuugt en/of ontroostbaar huilt, maar wel goed groeit en voedsel accepteert – is geen behandeling nodig.

Terugvloeiën van melk in de mond en spugen in combinatie met achterblijvende gewichtstoename en groeivertraging en/of voedselweigerings kan wijzen op gastro-oesofageale refluxziekte. De behandeling is niet-medicamenteus en bestaat uit deze stappen: 1) vaker voeden met kleinere hoeveelheden, overvoeding vermijden; 2) gedurende 14 dagen verdikken van de kunst- of gekolfde voeding met bijvoorbeeld johannesbroodpitmeel; 3) overwegen van een koemelkeiwitvrij dieet (gehydrolyseerde voeding) voor diagnostische doeleinden, omdat de symptomen van koemelkeiwitallergie overlappen met die van gastro-oesofageale refluxziekte. Volg hierbij het Protocol eliminatie-provocatie koemelkallergie. Bij borstgevoede kinderen kan de moeder koemelkeiwit uit haar dieet verwijderen. We bevelen geen behandeling met PPI's aan bij pasgeborenen met (een vermoeden van) gastro-oesofageale refluxziekte. In onderzoek kon geen verschil in spugen, reflux of groei worden aangetoond tussen de interventiegroep (PPI's) en de controlegroep (placebo). ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode op richtlijnen.nhg.org.

Mertens VC, Wittenberg J. Gewijzigd advies over ijzersuppletie in herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2023;66:DOI:10.1007/s12445-022-2165-8. Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. V.C. Mertens: wetenschappelijk medewerker NHG; kenniscentrum@nhg.org. J. Wittenberg: senior wetenschappelijk medewerker NHG. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De werkgroep die de herziene NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode heeft geschreven bestond [op alfabetische volgorde] uit: K. Damen, P. Haga, S. Meijer, dr. V.C. Mertens, N. Repelaer, A. Schep, N. Stevens, dr. K.M. van Asselt, J. Wittenberg.