

Nausea e vomito in gravidanza: perché compagno, come affrontarli

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

Dott.ssa Audrey S. Serafini

Ginecologa, Milano

Indice

| | |
|--|--------|
| Introduzione | pag. 1 |
| Quando il vomito diventa eccessivo in gravidanza? | pag. 1 |
| Quante donne lamentano questi sintomi? | pag. 1 |
| Quali fattori predispongono al vomito soprattutto nel primo trimestre? | pag. 2 |
| Quali meccanismi fisiopatologici predispongono all'iperemesi? | pag. 2 |
| Quali sono i criteri per una diagnosi accurata? | pag. 2 |
| Quando il vomito in gravidanza diventa preoccupante? | pag. 2 |
| Quando è saggio cercare aiuto? | pag. 3 |
| Come curare nausea e vomito in gravidanza? | pag. 3 |
| Come prevedere l'evoluzione del disturbo | pag. 4 |
| Conclusioni | pag. 4 |
| Approfondimenti specialistici | pag. 4 |

Introduzione

La nausea, con o senza vomito, è un fenomeno molto comune nel primo trimestre di gravidanza. Nonostante sia considerata un sintomo quasi normale ("parafisiologico"), può avere un profondo impatto sulla qualità della vita della donna, soprattutto quando si manifesta nella sua forma più severa o persistente.

Quando il vomito diventa eccessivo in gravidanza?

Il termine "iperemesi gravidica" è utilizzato per descrivere il quadro più severo, ovvero vomito persistente che comporta una perdita di peso pari al 5% rispetto al peso pregravidico (Matthews A. et al, 2014).

Quante donne lamentano questi sintomi?

Episodi di nausea e vomito in gravidanza sono molto comuni: riguardano infatti il 50-90% delle gravidanze. L'incidenza delle forme più severe non è chiara: varia dallo 0,3 al 3% delle gravidanze, a seconda degli studi. Le giovani donne alla prima gravidanza ("primigravide") sono più a rischio rispetto al resto della popolazione (Lacasse A. et al, 2008; Lee NM. et al, 2011;

Bailit JL. et al, 2005).

Quali fattori predispongono al vomito soprattutto nel primo trimestre?

Nella storia clinica della donna si trovano spesso dei elementi di vulnerabilità, che includono diversi fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento (Heinrichs L. et al, 2002; Hou JL. et al, 2008; Emelianova S. et al, 1999; Czeizel AE. et al, 1992; Gill SK. et al, 2009; Vikanes A. et al, 2010), oltre alla familiarità per iperemesi gravidica.

Sono più a rischio di soffrire di iperemesi le pazienti che **prima della gravidanza** soffrivano di nausea scatenata da:

- farmaci a base di estrogeni (per esempio, la pillola);
- movimento (mal d'auto);
- episodi di emicrania.

Durante la gravidanza, nausea e vomito sono più frequentemente associati a:

- gravidanze gemellari;
- mancata assunzione di folati durante le prime settimane di gravidanza o nel periodo periconcezionale;
- reflusso gastrico.

Quali meccanismi fisiopatologici predispongono all'iperemesi?

La patogenesi dell'iperemesi gravidica è sconosciuta. Le teorie predominanti includono:

- 1) **fattori psicologici**: l'iperemesi sembrerebbe essere il risultato di un disordine di somatizzazione o una risposta allo stress. Si manifesta inoltre più facilmente nelle donne che provano un sentimento di ambivalenza (desiderio e paura, conflitti interiori) nei confronti della gravidanza (Buckwalter JG e Simpson SW, 2002);
- 2) **cambiamenti ormonali**: sembrano essere implicati gli elevati livelli di estrogeni e progesterone. Essendo responsabili del rilassamento della muscolatura liscia gastrointestinale e del rallentamento del transito del cibo, possono alterare lo svuotamento gastrico facilitando la sensazione di nausea (Lagiou P et al, 2003);
- 3) **alterazioni della motilità gastrointestinale**: lo sfintere esofageo inferiore tende a rilassarsi in gravidanza, aumentando il fenomeno del reflusso gastro-esofageo (Brzana RJ e Koch KL, 1997);
- 4) **gastrite per infezione da Helicobacter Piloni** (Mansour GM and Nashaat EH, 2011).

Quali sono i criteri per una diagnosi accurata?

L'esordio dei sintomi inizia intorno alla quinta-sesta settimana di gravidanza, ha un picco intorno alla nona settimana, e rientra tra la sedicesima e la ventesima settimana.

La sintomatologia può manifestarsi fino al terzo trimestre in un 15-20% dei casi e fino al parto in un 5%.

Nonostante la nausea in gravidanza venga spesso definita come "nausea mattutina", i sintomi possono manifestarsi in qualsiasi momento della giornata (Goodwin TM, 2008).

Quando il vomito in gravidanza diventa preoccupante?

L'iperemesi è considerata severa quando:

- il vomito persistente è accompagnato dalla perdita del 5% del peso pregravidico, o
- la donna vomita più di tre volte al giorno e ha perso almeno 3 chilogrammi dall'inizio della gravidanza.

Spesso queste forme più gravi si accompagnano a ipotensione ortostatica (pressione bassa, vertigini o perdita di coscienza all'assunzione della posizione eretta), anomalie riscontrabili negli esami ematochimici, ipersalivazione e segni di disidratazione, e sovente necessitano di un ricovero ospedaliero.

Quando è saggio cercare aiuto?

La maggior parte delle donne, specialmente quelle che soffrono di nausea e vomito lieve o moderato, non necessita di una terapia.

E' importante invece rivolgersi al proprio medico curante in caso di:

- segni di disidratazione: urine scarse, scure, o vertigini in posizione eretta;
- vomito ripetuto durante il giorno, specialmente se con sangue;
- dolore o crampi addominali;
- impossibilità ad alimentarsi o idratarsi per 12 ore consecutive;
- perdita di 2,5-3 chilogrammi dall'inizio della gravidanza.

Come curare nausea e vomito in gravidanza?

Lo scopo della terapia è permettere alla paziente di alimentarsi e reidratarsi. A volte non è possibile eliminare totalmente la sensazione di nausea.

Il primo passo della terapia è il cambiamento di alcune abitudini alimentari e l'adozione di nuovi stili di vita:

- **cambiamenti dietetici**: evitare il digiuno; provare a mangiare appena si sente lo stimolo della fame, in modo da evitare di tenere lo stomaco vuoto; mangiare più volte al giorno piccoli pasti ricchi di proteine e carboidrati, e poveri di lipidi; idratarsi con bevande fresche e acide, come la limonata, in piccole quantità alla volta, fra un pasto e l'altro (Bischoff SC e Renzer C, 2006);
- **evitare tutto ciò che scatena la sensazione di nausea**: odori e sapori forti, cibi speziati, stanze poco arieggiate, calore e umidità, rumore, luci forti, movimento, esercizio eccessivo, alimentazione ricca di zuccheri e grasso.

Nei casi lievi o moderati, il vomito può essere attenuato con:

- agopuntura o acupressione (braccialetti anti nausea);
- ipnosi;
- zenzero, da aggiungere alle pietanze o in supplementi in gocce o compresse;
- piridossina (vitamina B6).

Per i casi più severi sono disponibili numerosi prodotti anti-vomito. Sarà il medico curante a

prescrivere il farmaco (o l'associazione di farmaci) più adatto per la singola paziente.

Come prevedere l'evoluzione del disturbo

Molte donne con nausea e vomito correlate alla gravidanza guariscono completamente senza alcuna complicanza. La perdita di peso lieve o moderata non è considerata un pericolo per il feto. Le donne che hanno sofferto di iperemesi gravidica in una pregressa gravidanza sono a rischio (nel 15-20% dei casi) di soffrirne nuovamente a una gravidanza successiva (Lee NM e Saha S, 2011).

Conclusioni

Nausea e vomito sono frequenti in gravidanza. E' saggio che la donna si rivolga al medico quando ritiene che siano eccessivi o comunque disturbanti per la sua qualità di vita, o per la gravidanza. E' necessario consultare sempre il medico curante quando comportano una perdita di peso superiore al 5% del peso pregravidico e/o quando si accompagnano a segni di disidratazione.

E' possibile ridurli modificando l'alimentazione, come sopra indicato, e gli stili di vita. Il medico curante valuterà quando prescrivere trattamenti farmacologici specifici.

Il ricovero in ospedale è raro ed è limitato ai casi con disidratazione grave o marcata perdita di peso, situazioni per le quali sono necessari approfondimenti diagnostici particolari e cure più complesse.

Approfondimenti specialistici

Bailit JL. Hyperemesis gravidarum: Epidemiologic findings from a large cohort. Am J Obstet Gynecol 2005;193:811.

Bischoff SC, Renzer C. Nausea and nutrition. Auton Neurosci. 2006;129:22.

Brzana RJ, Koch KL. Gastroesophageal reflux disease presenting with intractable nausea. Ann Intern Med 1997;126:704.

Buckwalter JG, Simpson SW. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:S210.

Czeizel AE, Dudas I, Fritz G, et al. The effect of periconceptional multivitamin-mineral supplementation on vertigo, nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy. Arch Gynecol Obstet 1992; 251:181.

Emelianova S, Mazzotta P, Einarson A, Koren G. Prevalence and severity of nausea and vomiting of pregnancy and effect of vitamin supplementation. Clin Invest Med 1999; 22:106.

Gill SK, Maltepe C, Koren G. The effect of heartburn and acid reflux on the severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Can J Gastroenterol* 2009; 23:270.

Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008; 35:401.

Heinrichs L. Linking olfaction with nausea and vomiting of pregnancy, recurrent abortion, hyperemesis gravidarum, and migraine headache. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S215.

Hou JL, Wan XR, Xiang Y, et al. Changes of clinical features in hydatidiform mole: analysis of 113 cases. *J Reprod Med* 2008; 53:629.

Lacasse A, Rey E, Ferreira E, et al. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? *BJOG* 2008; 115:1484.

Lagiou P, Tamimi R, Mucci LA, et al. Nausea and vomiting in pregnancy in relation to prolactin, estrogens, and progesterone: a prospective study. *Obstet Gynecol* 2003; 101:639.

Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2011; 40:309.

Mansour GM, Nashaat EH. Role of *Helicobacter pylori* in the pathogenesis of hyperemesis gravidarum. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284:843.

Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 3:CD007575.

Vikanes A, Skjaerven R, Grjibovski AM, et al. Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study. *BMJ* 2010; 340:c2050.
