## Endring siden forrige versjon

Små språklige endringer

## Hensikt

Sikre at jordmødre og leger har kunnskap om inflammatoriske revmatiske sykdommer, SLE og svangerskap.

## Målgruppe

Medarbeidere ved kvinneklinikken og leger ved revmatologisk og nyremedisinsk seksjon i Sykehuset Østfold (SØ)

## Fremgangsmåte

Anbefalinger/overordnede prinsipper

* Tverrfaglig samarbeid mellom revmatolog, obstetriker og eventuelt andre relevante spesialister (nefrolog, hematolog eller andre) ved planlegging og oppfølging av svangerskap.
* Pasienten bør ha vært i en rolig sykdomsfase minst 6 måneder før konsepsjon.
* Medikamentelle endringer planlegges i god tid før svangerskap.
* Teratogene medikamenter skal seponeres: mycofenolat mofetil (Cell Cept) 6 uker før, metotreksat 3 måneder før og cyclofosfamid (Sendoxan) siste dose senest 6 måneder før forsøk på konsepsjon.
* Annen immunsuppressiv behandling og antikoagulasjonsbehandling brukes i henhold til retningslinjer [Trombose, antikoagulasjon og svangerskap, NGF veileder i fødselshjelp 2020.](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/trombose-antikoagulasjon-og-svangerskap/) Kvinner med bindevevssykdommer og vaskulitter som står på stabil medikasjon med god indikasjon for behandling, frarådes seponering ved graviditet. Kontinuer immunsupprimerende behandling rekvirert av revmatolog for å hindre sykdoms-oppbluss. Dette gjelder spesielt behandling med hydroksyklorokin (HCQ) (Plaquenil), Azatioprin (Imurel) og prednisolon.
* NSAIDs som ibuprofen og naproxen kan brukes i første og andre trimester, men ikke i tredje trimester.
* Kontroll av sykdomsaktivitet minimum hvert trimester hos revmatolog hos alle kvinner med inflammatorisk revmatisk sykdom.

Definisjoner

Artrittsykdommer

* **Revmatoid artritt (RA), juvenil idiopatisk artritt (JIA) og uspesifisert artritt, Mb Bechterev** er inflammatoriske leddsykdommer som affiserer små og store ledd, cervicalcolumna og av og til indre organer.
* **Spondylartritt (SpA) inklusive psoriasis artritt (PsA),** er karakterisert av inflammasjon i columna og iliosakralledd (aksialt) og/eller perifere ledd. Øye (fremre uveitt), tarm (kronisk tarmsykdom), hud (psoriasis) og i sjeldne tilfeller hjerte (aorta/aortainsuffisiens) kan også affiseres.

Bindevevssykdommer

* **Systemisk lupus erythematosus (SLE),** er en immunkompleksmediert inflammatorisk bindevevssykdom som kan ramme mange organer, f eks. hud, ledd, blod, nyre, hjerte, lunge og CNS.
* **Sjøgrens syndrom (SS),** er karakterisert ved inflammasjon i eksokrine kjertler, siccasymptomer, kan ha multiorganaffeksjon og positiv antinukleært antistoff (ANA) med undergrupper anti SSA og anti SSB.
* **Mixed connective tissue disease (MCTD)**, er en blandet bindevevssykdom med klinisk karakteristika fra både SLE og SS. Klinikk kan domineres av Raynaud symptomer og immunologisk av positiv ANA/ENA og undergruppen anti-RNP.
* **Systemisk sklerose (SSc)**, er en multiorgansykdom karakterisert av økt fibrosedannelse og vaskulopati, klinisk med Raynaud fenomen, sårdannelse fingre og fortykket hud.
* **Polymyositt/dermatomyositt (PM/DM)**, er karakteristert av proksimal muskelsvekkelse og forhøyet CK. Interstitiell lungesykdom er en alvorlig manifestasjon, og andre symptom som ses ved SLE og SSc forekommer.

Vaskulitter

* **Granulomatøs polyangitt (GPA),** er karakterisert av nekrotiserende vaskulitt og granulomatøs betennelse med alvorligst affeksjon av luftveier og nyrer. Hud, ledd og nervesystem kan også affiseres.
* **Takayasus arteritt (TA)**, er kronisk arteritt i store kar, hovedsakelig aorta og dens avganger. Sjelden tilstand med rundt ti nye tilfeller årlig i Norge. Rammer først og fremst unge kvinner i fertil alder.
* **Antifosfolipid syndrom (APS)**, er karakterisert ved residiverende tromboembolier, spontan abort og positiv antifosfolipid antistoffer (antiCardiolipin IgG, IgM og/eller lupusantikoagulant. APS kan være primær eller sekundær (til for eksempel SLE eller Sjøgrens).

Oppfølging i svangerskap

Artrittsykdommer (lav risiko for komplikasjoner)

* Kontroll av sykdomsaktivitet minimum hvert trimester hos revmatolog, som inkluderer vurdring av sykdoms-spesifikk medikamentell behandling.
* Ultralyd i uke 12 med generell risikovurdering, planlegging av oppfølging og informasjon ved fødsel. Ultralyd med terminbestemmelse i uke 18.
* Spesialistvurdering ved fødepoliklinikken i uke 32 som inkluderer tilvekstkontroll og fødselsforberedende samtale der smertelindring diskuteres.
* Eventuelle NSAID´s bør seponeres i svangerskapsuke 30.
* Vaginal fødsel planlegges, keisersnitt på vanlige obstetriske indikasjoner.

Bindevevssykdommer eller vaskulitter (høy risiko for komplikasjoner)

* Kontroll av sykdomsaktivitet minimum hvert trimester hos revmatolog, som inkluderer vurdering av sykdoms-spesifikk medikamentell behandling.
* Svangerskapskontroller i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med primær helsetjenesten (jordmor/fastlege).
* Ultralyd i uke 12 med generell risikovurdering, planlegging av oppfølging og informasjon ved fødsel. Ultralyd med terminbestemmelse i uke 18.
* Tilvekstkontroll i uke 24, 28, 32 og 36 og blodstrømsmålinger ved behov. Kontroll i uke 32 bør inneholde fødselsforberedende samtale med vurdering av smertelindring, forløsningsmåte og valg av fødested.
* ASA 75-150 mg profylakse daglig fra uke 12 grunnet økt risiko for preeklampsi.
* Dersom svangerskapet forløper problemfritt, planlegges vaginal fødsel. Induksjon og keisersnitt på vanlige obstetriske indikasjoner.

Sjøgrens syndrom med påvist anti-SSA og/eller anti-SSB

* Oppfølging som skissert under «bindevessykdommer eller vaskulitter» og i tillegg:
	+ Kontroll av fosterhjertefrekvens ukentlig i uke 16-24 hos fastlege eller jordmor med doppler.
	+ Pasienten henvises til fostermedisiner ved fosterhjertefrekvens <110 slag/minutt. Kvinner med tidligere svangerskap med hjerteblokk hos fosteret henvises fostermedisiner for vurdering i uke 16.
	+ Nyfødte av mødre positive for anti-SSA og/eller anti-SSB bør screenes med EKG før hjemreise fra barsel.
	+ Dersom svangerskapet forløper problemfritt, planlegges vaginal fødsel. Induksjon og keisersnitt på vanlige obstetriske indikasjoner.

Tabell 1. Risiko i henhold til antistoff.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTISTOFF** | **ASSOSIERT MED** | **OPPFØLGING** |
| Anti-nativ DNALAC = lupusantikoagulantANA = antinukleært antistoff | SLE | Kontrolleres hver 6. uke. Ved positiv prøve, ta kreatinclearance og urinsediment.  |
| Anti-SSAAnti-SSB | Sjøgren Syndrom | anti Ro/SSA og anti La/SSB gir økt risiko for kongenital hjerteblokk. Oppstår vanligvis mellom 16 og 24 uker. |
| aCL = antiCardiolopin antistoffaPL = antifosfolipid antistoff | APS | Hvis positiv, test for lupusantikoagulant. Kvinner med APS har økt risiko for spontanabort, habituell abort, preeklamspi og vekstretardasjon. |

Antikoagulasjon for gravide med lupus antikoagulant eller antifosfolipid antistoffer (aPL)

|  |
| --- |
| **Positiv lupus antikoagulant og/eller aPL positive pasienter (minst to positive prøver) uten historie på trombose** |
| 1-2 tidlige spontanaborter | ASA 75 mg/dag fra 2 uker før planlagt konsepsjon til fødsel. |
| 1. ≥ 3 spontanaborter eller
2. Fosterdød i 2. eller 3. trimester eller
3. Prematur fødsel (<34 uker) som følge av alvorlig preeklampsi eller placentasvikt eller uttalt intrauterin vekstretardasjon der placentære trombotiske forandringer er sannsynlig årsak.
 | * ASA 75 mg/dag fra 2 uker før konsepsjon kombinert med
* LMVH ved erkjent svangerskap til 6 uker postpartum.
* ASA seponeres 3 uker før forventet fødsel når kombinert med LMVH.
 |
| **Positiv lupus antikoagulant og/eller aPL positive pasienter (minst to positive prøver) med historie på trombose** |
| Tidligere venøs/arteriell tromboembolisk hendelse | * ASA 75 mg/dag fra 2 uker før konsepsjon kombinert med
* LMVH ved erkjent svangerskap til minimum 6 uker postpartum dersom kvinnen ikke bruker antikoagulasjon. Individuell vurdering av videre antikoagulasjon.
* Ved bruk av Marevan overgang til LMVH før graviditet eller ved positiv graviditetstest.
 |

Generelt:

* Svangerskapet kan påvirke grunnsykdommen. SLE blir ofte verre, mens aktiviteten i RA kan reduseres under svangerskapet. Begge tilstander forverres som regel etter fødselen.
* Langtidsprognosen for sykdommen forverres ikke.
* Kvinner med artrittsykdommer har økt risiko for prematur fødsel.
* Kvinner med bindevevssykdommer eller vaskulitt har økt risiko for svangerskapskomplikasjoner. Mødrene har økt risiko for hypertensjon og preeklampsi. Barna er oftere små for gestasjonsalder og fødes prematurt.
* Kvinner med sekundært APS har særlig økte risikoer, spesielt for tidlig preeklampsi og intrauterin fosterdød.

#### Referanser

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |

|  |
| --- |
|  [Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/) |
|  [Flem Jacobsen, A et.al.Trombose, antikoagulasjon og svangerskap, Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp (2020). ePub. ISBN 978-82-692382-0-4.](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/trombose-antikoagulasjon-og-svangerskap/) |

#### Vedlegg

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |

#### Andre kilder/litteraturliste

**Slutt på Prosedyre**