

Revmatisk inflammatorisk sykdom hos gravide

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 cyclofosamid (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](#). 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-oppluss. 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.
- **Sjögrens syndrom (SS)**, er karakterisert ved inflammasjon i eksokrine kjertler, siccasyntomer, 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, sår dannelse fingre og fortykket hud.

- **Polymyositt/dermatomyositt (PM/DM)**, er karakterisert 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.
- **Takayasu 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 vurdering 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 fosterhertefrekvens ukentlig i uke 16-24 hos fastlege eller jordmor med doppler.
 - Pasienten henvises til fostermedisiner ved fosterhertefrekvens <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 DNA LAC = lupusantikoagulant ANA = antinukleært antistoff	SLE	Kontrolleres hver 6. uke. Ved positiv prøve, ta kreatinclearance og urinsediment.
Anti-SSA Anti-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 antistoff aPL = antifosfolipid antistoff	APS	Hvis positiv, test for lupusantikoagulant. Kvinner med APS har økt risiko for spontanabort, habituell abort, preeklampsi 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

[Flem Jacobsen, A et.al.Trombose, antikoagulasjon og svangerskap, Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp \(2020\). ePub. ISBN 978-82-692382-0-4.](#)

Vedlegg

Andre kilder/litteraturliste

Slutt på Prosedyre