

1.3 Morbus Bekhterev

Planlegging av svangerskap

De fleste kvinner med Bekhterevs sykdom vil ha uforandret sykdomsaktivitet under svangerskapet. Ca 30 % av kvinnene føler at sykdommen blir verre med hensyn til rygg og leddsymptomer under graviditeten. Forverrelsen opptrer oftest midtveis i svangerskapet. Noen opplever også bedring i sykdommen. Det gjelder oftest de med perifere artritter i tillegg til Bekhterevssykdommen (1-4, 7).

For denne pasientgruppen er det viktig å være i fysisk aktivitet. Pasientene kan dra nytte av fysioterapi og/eller et treningsprogram tilpasset sykdommen og graviditeten.

Under svangerskap

Ved en forverrelse av sykdommen eller behov for oppstart av medikamenter bør denne pasientgruppen følges opp med kontroll hos revmatolog. Informasjon om bruk av medikamenter under svangerskapet er viktig.

Mange kvinner med Bekhterev er opptatt av på hvilken måte de kan føde, vaginalt eller keisersnitt. Keisersnitt er en noe hyppigere forløsningsmåte hos denne pasientgruppen i motsetning til friske kvinner. Så lenge sykdommen ikke har ført til innskrenket bevegelighet i rygg, hofte og bekkenregion bør kvinnen fortrinnsvis forløses vaginalt. Hvilken forløsningsmåte som velges hos den enkelte pasient, må avgjøres av fødselslege i samarbeid med pasienten (5).

Det er ingen vesentlig økt risiko for komplikasjoner under svangerskapet som preeklampsi eller andre svangerskapskomplikasjoner (5, 6).

Etter svangerskapet

50-60 % av pasienter med aktiv sykdom før svangerskapet vil oppleve økning i sykdomsaktiviteten post partum. Forverrelsen kommer oftest 2-6 måneder etter fødselen. Pasienter med perifere artritter før svangerskapet vil oftere oppleve perifere artritter etter fødselen. Økningen i sykdomsaktiviteten er som regel forbigående. Vanligvis roer sykdommen seg ned i løpet av det første året etter fødselen til det nivået den var på før graviditeten (1-4,7).

Referanser:

1. Østensen M, Romberg O, Husby G. Ankylosing spondylitis and motherhood. *Arthritis Rheum* 1982; 25:140-3.
2. Østensen M, Husby G. A prospective clinical study of the effect of pregnancy on rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1983; 26:1155-9.
3. Østensen M, Husby G. Pregnancy and rheumatic disease. A review of recent studies in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Klin Wochenschr* 1984; 62:891-5.
4. Østensen M, Østensen H. Ankylosing spondylitis - the female aspect. *J Rheumatol* 1998; 25:120-4.
5. Skomsvoll JF, Østensen M, Irgens L, Baste V. Pregnancy complications and delivery practice in women with connective tissue disease and inflammatory rheumatic disease. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:490-5.
6. Skomsvoll JF, Østensen M, Irgens L, Baste V. Perinatal outcome in pregnancies of women with connective tissue disease and inflammatory rheumatic disease in Norway. *Scand J Rheumatol* 1999;28:1-5.

7. Østensen M , Fuhrer L, Mathieu R , Seitz M, Villiger PM. A prospective study of pregnant patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis using validated clinical instruments. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2004;63:1212-1217.