

## 1.2 Juvenil idiopatisk artritt (JIA)

### Planlegging av svangerskap

JIA opptrer i ulike former; polyarticular, pauciarticular eller systemisk form. De med uttalt organaffeksjon og nyresvikt må vurderes av ulike spesialister før man trekker en endelig konklusjon om svangerskap kan anbefales eller ikke. Det kan være behov for røntgenbilder av hofteldd og nakke før et svangerskap med tanke på problemer ved forløsningen.

Omlag halvparten av pasienter med aktiv sykdom i voksen alder vil vanligvis oppleve bedring av sykdommen under svangerskapet, spesielt pasienter med polyarticular JIA. Hos pasienter hvor sykdommen er gått i remisjon i tidlig voksenalder, vil de vanligvis ikke oppleve en reaktivering av sykdommen under svangerskapet (1, 2).

### Under svangerskapet

Gravide kvinner med aktiv JIA har behov for oppfølging under svangerskapet. Hos denne pasientgruppen er det ingen vesentlig økt risiko for preeklampsi eller prematur fødsel. Det er heller ingen økt risiko for misdannelser hos barn født av mødre med JIA (3-5).

Komplikasjoner til JIA som aktiv fremre uveitt, omfattende systemisk sykdom, og amyloidose med nyreaffeksjon vil kreve medikamentell behandling.

Kvinner med polyarticular JIA og sykdomsdebut i tidlig barndom, kan være preget av vekstforstyrrelser/veksthemming grunnet sykdommen. Dette kan føre til unormal utvikling av bekkenet som igjen skaper vanskeligheter med normal vaginal forløsning. Hos pasienter hvor veksten er hemmet grunnet sykdommen må pasienten undersøkes på forhånd om vekstforstyrrelsene/veksthemmingen er indikasjon for keisersnitt. Man bør inngå et samarbeid med gynekolog/fødeavdeling.

Hvis pasienten har hofteproteser er bevegeligheten i hoftene avgjørende hvorvidt pasienten kan føde vaginalt eller om hun bør forløses ved keisersnitt. Dette vurderes nærmere av gynekolog/obstetiker. En affeksjon av cervical columna kan medføre problemer relatert til narkose eller spinal/epidural anestesi ved keisersnitt.

### Etter svangerskapet

Kvinner med aktiv JIA i voksenalder kan forvente en økning av sykdomsaktiviteten fra 3-6 måneder post partum. Den økende sykdomsaktiviteten vil vanligvis roe seg ned til det nivået sykdommen var på før svangerskapet ble inntrådt (1). Reaktiveringen av sykdommen etter svangerskapet er tidsmessig ikke relatert til tidspunktet for først menstruasjon etter fødselen. Det tyder ikke på at amming verken minsker eller øker risikoen for forverring av leddsymptomene.

### Referanser:

1. Østensen M. Pregnancy in patients with a history of juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1991; 34:881-7.
2. Musiej-Nowakowska E, Ploski R Pregnancy and early onset pauciarticular juvenile chronic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1999; 58:475-80.
3. Østensen M, Almberg K, Koksvik H. Sex, reproduction, and gynecological disease in young adults with a history of juvenile chronic arthritis. *J Rheumatol* 2000; 27:1783-7.

4. 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.
5. 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.