

### **3. Kontroll av svangerskap, perinatal overvåkning og fødested**

**Professor dr.med Kjell Å. Salvesen (seksjonsoverlege) Fødeavdelingen, St. Olavs Hospital HF.**

#### **Generelt**

Gravide kvinner med revmatisk sykdom er å betrakte som risikosvangerskap, men man skiller mellom kvinner med kollagenoser og kvinner med andre revmatiske sykdommer. Kvinner med kollagenoser (SLE, Morbus Sjögren og uspesifiserte) har høy risiko for svangerskapskomplikasjoner, mens kvinner med andre revmatiske sykdommer (Revmatoid artritt, Juvenil revmatoid artritt, Morbus Bekhterew, Psoriasis artritt) har lav(ere) risiko for komplikasjoner.

#### **Revmatiske sykdommer med lav risiko for svangerskapskomplikasjoner**

Gravide kvinner med aktiv sykdom bør henvises til gynekolog eller svangerskapspoliklinikk ved ca. 12 ukers svangerskapslengde. Ved denne konsultasjonen planlegges videre svangerskapsoppfølging, og man kan diskutere forløsningsmåte og sted. Det bør gjøres en "tidlig" ultralydundersøkelse, og man må diskutere oppstart av Acetyl-salicylsyre (ASA) profylakse (Albyl-E 75 mg daglig fra ca 13 ukers svangerskapslengde). Kvinner med Revmatoid artritt og Morbus Bekhterew har ingen vesentlig økt risiko for utvikling av preeklampsi, men ASA profylakse må overveies ved tilleggsfaktorer. Ved hypertoni, tvillinger, diabetes, nyresykdom eller tidligere preeklampsi, skal kvinnen ha ASA profylakse. Ved andre tilleggsfaktorer som høy body mass indeks (BMI) eller førstegangsgraviditet, bør hun få det.

#### **Svangerskapsovervåkning**

1. Ultralyd ved 12 ukers svangerskapslengde hos spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp med planlegging av videre kontroller.
2. Rutinemessig ultralyd ved 18 uker (tilbys alle gravide kvinner i Norge).
3. Vanlige svangerskapskontroller hos primærlege/jordmor mellom 18 og 32 uker.
4. Blodstrømsmåling med Doppler ultralyd av livmorarteriene ved 24 ukers svangerskapslengde kan brukes for å vurdere om kvinner har høy risiko for utvikling av preeklampsi eller vekstretardasjon av fosteret. En slik undersøkelse er ikke nødvendig for alle kvinner med revmatisk sykdom.
5. Vekstkontroll av fosteret med ultralyd ved 32 uker hos gynekolog eller svangerskapspoliklinikk bør utføres hos alle. Eventuelle NSAIDS skal seponeres ved dette tidspunkt, og man kan samtidig diskutere forløsningsmåte og valg av fødested.
6. Fra 32 uker til fødsel bør det være vanlige svangerskapskontroller hos primærlege/jordmor. Husk å seponere Albyl-E ved 38 uker om hun bruker profylakse.

#### **Fødsel**

De fleste kvinner med revmatisk sykdom anbefales vanlig fødsel. Keisersnitt utføres på vanlige obstetriske indikasjoner. Ved betydelig hofteleddsaffeksjon må man vurdere om hun kan føde vaginalt. Ved atlantoaxial instabilitet er det viktig å diskutere med anestesilege hvordan man skal håndtere en eventuell akutt sectio i intubasjonsnarkose. Alle normale fødsler kan ende som hastekeisersnitt, og man bør derfor ha planlagt en slik situasjon, før man tar stilling til forløsningsmåte.

#### **Revmatiske sykdommer med høy risiko for svangerskapskomplikasjoner**

SLE vil kunne påvirke svangerskapet og fosteret på tre ulike måter:

1. Høy risiko for uheldig svangerskapsutfall på grunn av hypertensjon og nyresvikt. Preeklampsiutvikling er vanlig og kan være vanskelig å skille fra Lupus- nefritt (se tabell 6, side 16).
2. Det er risiko for utvikling av hjerteblokk og andre kardiale manifestasjoner hos fosteret, spesielt hvis det foreligger anti Ro/SSA og anti La/SSB antistoffer. Slike antistoffer kan finnes ved SLE og Morbus Sjögren.
3. Høy risiko for uheldig svangerskapsutfall hvis det foreligger antifosfolipid antistoffer (finnes hos 30-40% av SLE pasienter). Antifosfolipid antistoffsyndrom (APS) kjennetegnes ved trombose og uheldig svangerskapsutfall i sykehistorien og påvisning av antistoffer (se tabell 3, side 13).

### **Svangerskapsovervåkning**

1. Ultralyd ved 12 ukers svangerskapslengde med planlegging av videre kontroller. Alle kvinner skal ha ASA profylakse (Albyl-E 75 mg daglig). Tilleggsbehandling med lav molekylært heparin kan være aktuelt (se tabell 3, side 16 eller "Veileder i fødselshjelp" for dosering avhengig av vekt og svangerskapslengde). Alle kvinner med kollagenoser bør screenes for anti Ro/SSA og anti La/SSB antistoffer ved første svangerskaps-kontroll. Det er mulig å type på IgG anti-Ro 52 kd-antistoffer (f. eks. ved Karolinska Institutet i Stockholm).
2. Alle svangerskapskontroller bør skje hos spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp.
3. Rutinemessig ultralyd ved 18 uker (tilbys alle gravide kvinner i Norge).
4. Ved påviste anti Ro/SSA og anti La/SSB er det risiko for kongenitalt hjerteblokk. Særlig utsatt er kvinner med IgG anti-Ro 52kd antistoffer, og kvinner med tidligere affiserte foster/barn (gjentakelsesrisiko 16- 25%). Hjerteblokk oppstår vanligvis mellom 18 og 24 uker. Slike svangerskap må derfor følges ukentlig mellom 18 og 24 uker ved spesialavdeling som har erfaring med å måle AV-tid hos fosteret. Nasjonalt Senter for Fostermedisin i Trondheim har erfaring med slik overvåkning. Studier har vist at behandling med steroider kan være gunstig for å forhindre utvikling av hjerteblokk, og det er viktig å velge ut fostre som kan ha nytte av slik behandling.
5. Alle svangerskapskontroller bør skje hos spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp. Det bør gjøres vekstkontroll av fosteret med ultralyd ved 28, 32 og 36 uker. Ved preeklampsiutvikling eller vekstretardasjon bør fosteret overvåkes med blodstrømsmålinger av livmorarterier, navlesnorsarterie og andre føtale kar. Ved alvorlig sykdom i tidlige svangerskapsuker bør denne overvåkingen skje ved spesialavdeling. Sykehusinnleggelse kan bli nødvendig, og samarbeid mellom revmatolog, nefrolog og obstetriker er viktig.

### **Fødsel**

Valg av forløsningstidspunkt, metode og fødested er avhengig av om kvinnen utvikler svangerskapskomplikasjoner. Dersom det er aktuelt å forløse før 32-34 uker, må neonatolog involveres. Dersom svangerskapet forløper problemfritt, kan kvinnen gå til termin og føde normalt.

### **Litteratur**

1. de Swiet M. Medical Disorders in Obstetric Practice. Blackwell Science, London 2002; 270-4.
2. Norsk Gynekologisk Forening. Veileder i Fødselshjelp. Den norske lægeförening, Oslo, 1998, kapittel 12, 13 og 21.

3. Nesheim BI. Acetylsalicylsyre mot preeklampsi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2116-7.
4. Salomonsen S, Dørner T, Theander E, Bremme K, Larsson P, Wahren-Herlenius M. A serologic marker for fetal risk of congenital heart block. Arthritis & Rheumatism 2002; 46: 1233-41.
5. Andelfinger G, Fouron, J-C, Sonesson S-E, Proulx F. Reference values for time intervals between atrial and ventricular contractions of the fetal heart measured by two Doppler techniques. Am J Cardiology 2001; 88: 1433-6.