

1. Revmatisk sykdom og svangerskap

1.1 Revmatoid Artritt (RA)

Planlegging av svangerskap

Kvinner med revmatisk sykdom bør i størst mulig grad planlegge sine svangerskap i forhold til sykdomsaktivitet og medisinsk behandling. Ca 75 % av kvinner med RA vil få en reduksjon av sykdomsaktiviteten under svangerskapet. Bedringen kommer vanligvis i løpet av det første trimesteret og vedvarer svangerskapet ut. Smerter og hevelser i ledd kan gå tilbake eller forsvinne helt. Pasientens funksjonsnivå og livskvalitet øker, og mange kvinner har ikke behov for medikamentell behandling lenger. Hos de resterende 25 % vil sykdommen forverre seg noe eller forbli uforandret (1-6, 14,15). Er det kjent hofteladd- eller nakke affeksjon bør det taes nye røntgenbilder før et nytt svangerskap med tanke på en forhåndsvurdering av mulige problemer ved forløsningen (10,13).

Under svangerskapet

Gravide kvinner med **aktiv** sykdom har behov for oppfølging og kontroll hos revmatolog under svangerskapet. Noen pasienter krever medikamentell behandling.

Det er ingen vesentlig økt risiko for preeklampsi hos kvinner med RA (11). Nyere undersøkelser viser i noen grad at flere kvinner med RA føder prematurt. (11)

Sykdommen i seg selv er ikke til hinder for vanlig vaginal fødsel, med mindre det foreligger andre indikasjoner i tillegg. Det er ingen økt risiko for misdannelser hos barn født av kvinner med RA (9-12). Ved betydelig hofteladdsaffectasjon vurderer gynekolog nærmere forløsningsmåten. Enkelte med RA kan få atlantoaxial instabilitet, men dette er som regel etter mange års sykdom. Det kan også forekomme hos kvinner i fertil alder og anestesilege må konsulteres i forkant hvis kvinnen må intuberes (se kap 4.2).

Etter svangerskapet

De aller fleste, ca 90 %, av kvinnene med RA vil få økt sykdomsaktivitet post partum. Forverrelsen kommer oftest 2-6 måneder etter fødselen, og pasienten vil da ha behov for konsultasjon av revmatolog og oppstart av medikamentell behandling (9,12). RA kvinner skal ikke frarådes å amme dersom medikamentell behandling er forenlig med dette. Det tyder ikke på at amming verken minsker eller øker risikoen for forverring av leddsymptomene (5,8).

Hvilke medikamenter som er forenlig med amming, samt aktiviteten av sykdommen vil være avgjørende for hvilken behandling som startes, se for øvrig tabell 10, kap 3.

Sykdommen roer seg vanligvis ned i løpet av det første året etter fødselen til det aktivitetsnivået den var på før graviditeten inntraff. Reaktiveringen av sykdommen etter svangerskapet er tidsmessig ikke relatert til tidspunktet for først menstruasjon etter fødselen. De første symptomer på RA kan begynne under et svangerskap eller post partum. Debut av RA hos kvinner i fertil periode skjer oftest første året etter svangerskap (5 ganger økt risiko) og spesielt etter første svangerskap (10 ganger økt risiko) (7). Det er ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å si at multipara har betydning for langtidsprognose av RA (7, 12,13).

Referanser:

1. Hench PS. The ameliorating effect of pregnancy on chronic atrophic (infectious rheumatoid) arthritis, fibrositis, and intermittent hydraarthrosis. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 1938; 13:161-7.
2. Cecere FA, Perselin RH. The interaction of pregnancy and rheumatic diseases. *Clin Rheum Dis* 1981; 7:747-68.
3. Perselin RH. The effect of pregnancy on rheumatoid arthritis. *Bull Rheum Dis* 1977; 27:922-7.
4. 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.
5. Østensen M, Aune B, Husby G. Effect of pregnancy and hormonal changes on the activity of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1983; 12:69-72.
6. Barrett JH, Brennan P, Fiddler M, Silman AJ. Does rheumatoid arthritis remit during pregnancy and relapse postpartum? *Arthritis Rheum* 1999; 42:1219-27.
7. Silman AJ. Contraceptives, pregnancy and RA. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:405-8.
8. Barrett JH, Brennan P, Fiddler M, Silman A. Breast-feeding and postpartum relapse in women with rheumatoid and inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43:1010-5.
9. Nelson JL, Østensen M. Pregnancy and Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1997; 23:195-212.
10. 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.
11. 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.
12. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? *Arthritis and Rheumatism* 2003; 50 (11): 3458-67.
13. Skomsvoll JF et al. What should rheumatologists know about pregnancies in their patients? *Rheumatology* 2005. review series November: 1-5.
14. Østensen M, Villiger P. The remission of rheumatoid arthritis during pregnancy. *Semin Immunopathol* 2007; 29:185-91.
15. Förger et al. Pregnancy induces numerical and functional changes of CD4+CD25high regulatory T cells in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007 Oct .