

SLE- och APS-syndrom

Faktaägare:

Ref: Af: Michael Bo Stoltenberg, specialläge. Sidst fagligt updateret: 22.02.2011.
Dokumentet er baseret på en artikel i Tidsskrift for Den norske lægeforening 1.

Före graviditeten

SLE är en autoimmun reumatisk sjukdom, går oftast i skov och inför en graviditet rekommenderas remission 6 månader och att man gör **planering tillsammans med reumatolog** för att bedöma eventuella risker och göra planering och medicininställning. Det är särskilt viktigt att njurfunktion och blodtryck är stabila. Kontrollera att provtagning för anti-Ro/SSA och anti-La/SSB autoantikroppar finns.

Behandling med methotrexate och cyklofosfamid skall vara avslutad 3 - 6 månader före befruktningen. Behandling med azathioprin och ciklosporin går bra. Klorokin är effektivt och säkert under graviditet och amning, forskning tyder på att det kan ha viss förbyggande effekt mot kongenitalt hjärtblock.

Blodtryckbehandling: ACE-hämmare och angiotensin II-blockerare skall utsättas före graviditeten, pga missbildningsrisk.

Under graviditeten

Det kan vara svårare att diagnostisera skov under graviditeten då symtomen påminner om graviditets-symtom. Skov går inte att förebygga med steroider. Antalet skov totalt påverkas inte av graviditet.

Den ökade risken för missfall, fosterdöd, preeklampsi, prematurbörd och tillväxthämning är relaterade till kardiolipinantikroppar, lupusantikoagulans, lupus nefrit, hypertoni och aktiv sjukdom vid konception eller debut av SLE under graviditet.

Graviditetsutfallet påverkas fr.a. av njursjukdom. Även diskret njurpåverkan är

relaterad till fosterdöd, preeklampsi och tillväxthämning, särskilt om det föreligger hypertoni eller proteinuri.

För kvinnor i remission, utan hypertoni, njurpåverkan eller lupusantikoagulans, är graviditetsrisken troligen inte högre än för friska gravida.

Graviditetshandläggning

Graviditetsplanering hos spec läk på MHV efter inskrivningssamtal. Remiss till reumatolog för regelbundna provtagningar och kontroller.

Medicinering för SLE (sköts av reumatolog): Azathioprin kan användas tillsammans med prednisolon, om skov tillstöter. (bedöms av reumatolog).

Använd blodtrycks-medicin enligt preeklampsi-PM och i samråd med reumatolog/njurmedicinare.

Om hypertoni eller njursjukdom - följ graviditetskontroller enligt preeklampsi-PM.

Trombocytopeni – kan ingå i SLE.

Patienter med tidigare upprepade spontanaborter och antifosfolipidantikroppar, samt kvinnor med preeklampsi och tillväxthämning i anamnesen skall ha Trombyl 75 mg daglig. Vid tidigare fosterdöd i andra eller tredje trimestern rekommenderas både Trombyl och Fragmin.

Calcium och Vitamin D bör tilläggas för att förbygga osteoporos vid kombinerad behandling med kortisonbehandling och LMWH, lågmolykylärt heparin.

Kvinnor med APS=antifosfolipidsyndrom, dvs. tidigare trombos och antifosfolipidantikroppar, får tid till MHV-läkare för graviditetsplanering efter graviditetsvecka 6-7 och får profylax med LMWH/Fragmin. Behandlingen bör starta så tidigt som möjligt i graviditeten.

Se nedan om APS-syndrom.

Graviditetskontroller på MHV

Om okomplicerad SLE utan hypertoni eller njurpåverkan; följ väsentligen basprogram eller enligt läkarplanering i tidig graviditet.

Om hypertoni och/eller njurpåverkan – barnmorske-kontroller enligt PM riskfaktorer för högt blodtryck/PM preeklampsi/högt blodtryck. Notch-kontroll kan vara av värde.

Övervakning av fostret

KUB/rutin u-ljud enligt basprogram

a) Seropositivitet (anti-Ro/SSA och anti-La/SSB autoantikroppar) *med* tidigare foster/barn med hjärtblock eller kutan lupus neonatalt: remiss till fosterkardiologisk ultraljudsmottagningen i Lund – kontroll veckovis GV 17-24.

b) Seropositiva kvinna utan anamnes på tidigare foster/barn med hjärtblock: GV 18 – 24 - lyssna på foster hjärtats rytm med doptone varje vecka hos barnmorska.

Vid tillstötande arytm/bradykardi (<110/min) rekommenderas omgående remiss till ultraljudsmottagning som ordnar en remiss till fosterkardiologisk/-medicinsk enhet på ultraljudsmottagningen i Lund för bedömning/behandling.

c) GV 32 tillväxtkontroll. Vid misstanke om tillväxthämning görs givetvis tätare kontroller. Om hypertoni kontroller enligt PM.

Ansvar för patientgruppen

Gravida kvinnor med SLE bör följas av specialistläkare i reumatologi och på specialist MHV och vid behov även av specialistläkare i nefrologi om de utvecklar lupusnefrit, hypertoni eller preeklampsi.

Antifosfolipidsyndrom - APS

Ett tillstånd av ökad risk för arteriella och venösa tromboser samt obstetriska komplikationer.

APS beror på produktion av antikroppar riktade mot fosfolipider i cellmembraner och leder till aktivering av komplement riktade mot trofoblaster. Histologiskt ses i placenta tecken på trombos, infarkt och inflammation. Det resulterar i försämrad per fusion med risk för tillväxthämning och fosterdöd. Obstetriska komplikationer korrelerar bäst med kardiolinantikroppar.

Ref: Kap 5 ARG-rapport nr 68 2012, Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi.

Definition: APS föreligger om minst ett kliniskt kriterium och ett laboriekriterium uppfylls.

Kliniska kriterier:

1. Arteriell eller venös tromboembolism
2. Obstetrisk morbiditet
 - a) Ett eller flera oförklarliga missfall med normalt foster efter GV 10.
 - b) En eller flera prematura födselar vid eklampsi/svår preeklampsi eller tillväxthämning pga placentainsufficiens med normalt foster före GV 34.
 - c) Tre eller fler oförklarliga missfall före GV 10.

Laboriekriterier

- 1) Lupusantikoagulans vid två tillfällen men minst 12 veckors mellanrum.
- 2) Kardiolipinantikroppar IgG och/eller IgM i medelhög titer vid två tillfällen med minst 12 veckors mellanrum.
- 3) Beta2-glukoprotein-I ak IgG och/eller IgM vid 2 tillfällen med minst 12 veckors mellanrum.

Behandling: Tidigt insatt farmakologisk behandling, före graviditet eller så snart graviditet bekräftas, kan förbättra den obstetriska utgången och samtidigt skydda den gravida kvinnan mot trombosembolism. Noggrann övervakning av fostertillväxt och kontroller för att tidigt upptäcka preeklampsi.

APS med tidigare trombosembolism

- 1) 75-(160) mg ASA dagligen.
- 2) Högdosprofylax med LMWH.
- 3) Påbörja före konception och fortsatt minst tom 12 veckor postpartum.

APS utan tidigare trombosemblism

- 1) 75-(160) mg ASA dagligen.
- 2) LMWH-profylax i normaldos.
- 3) Påbörja så snart graviditeten bli känd och ge minst tom 12 veckor postpartum.
- 4) Vid tidigare misslyckade graviditeter med behandling enligt 1-3 enligt ovan påbörjas profylax före konception.

Tillägsbehandling: Om ovanstående inte fungerar bör kvinnorna behandlas mer intensivt och i samarbete med reumatolog, hematolog och koagulationspecialist. Kortikosteroider, iv gammaglobulin, plasmaferes, eventuellt immunsuppressiv behandling kan användas.

http://www.mikrobiologi.org/d/747?store_referer=true - Autoantikroppar, ANA, ENA

http://www.mikrobiologi.org/d/800?store_referer=true Kardiolipinantikroppar

http://www.mikrobiologi.org/d/870?store_referer=true Beta2glukoprotei

Detta PM är utarbetat i samråd med dr Abbas Burhan.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare

Giltig fr.o.m: 2018-04-30
Giltig t.o.m: 2018-04-30
Identifierare: 94906
SLE- och APS-syndrom

