

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-06-04

Innehållsansvar: Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare

Giltig till: 2027-09-30

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

# Kolestas (graviditetsklåda) – utredning och handläggning

Gäller även för MHV Skaraborg. Även godkänt av Åsa Prebensen, områdeschef MHV Skaraborg.

## Revideringar i denna version

Förlängd giltighetstid.

## Bakgrund, syfte och mål

Ungefär 1,5 % av alla gravida kvinnor i Sverige drabbas av klåda med samtidig leverpåverkan under graviditet (ICP). De flesta (cirka 80 %) har en mild, ofarlig form som förutom den besvärliga klådan inte medför några ökade risker för mor eller barn. Cirka 20 % har en svårare form av ICP med s-gallsyror  $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ , vilket medför ökad risk för prematurförlösning (17 %) och asfyktiska komplikationer under förlossningen (14 %). Det föreligger också en liten riskökning för intrauterin fosterdöd.

Dessvärre går det inte att med antenalt CTG, ultraljud eller flödesmätning förutspå vilka patienter som kommer att drabbas av dessa komplikationer. Övervakningen av ICP-patienter riktar sig därför mot att identifiera gruppen med s-gallsyror  $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ , och att behandla dem med gallsyresänkande läkemedel alternativt induktion av förlossning.

Mätning av maternella s-gallsyror är det bästa sättet att diagnostisera tillståndet, avgöra allvarlighetsgraden och att följa sjukdomsförloppet. Det är vanligt med förhöjda transaminaser vid ICP, men dessa värden uppvisar stor individuell variation och korrelerar inte med fetal risk. ICP är inte förenat med några hudförändringar utöver rivmärken. Det vanligaste är att tillståndet debuterar mellan graviditetsvecka 30–33, men spridning mellan vecka 10–40 förekommer. Klåda i handflator/fotsulor är mycket typiskt, men förekommer inte alltid. Klådan är värst på kvällen/natten.

Hereditet för ICP är vanlig. Tvillinggraviditet ökar risken för att insjukna i ICP.

### Utredning av gravida kvinnor med svår, generell klåda

- Provtagning s-gallsyror (leverstatus behövs inte).
- Anamnes:
  - Differentialdiagnoser? Allergi, gallstensanamnes, hepatitrisk?
  - Svår klåda? Sömnstörande?
  - Klåda handflator/fotsulor?
  - Klåda värst nattetid?
  - Hereditet?
  - Klåda/komplikationer i tidigare graviditet?
- Status hudförändringar utöver rivmärken?  
Om ja – överväg annan diagnos, som till exempel PUPPP (Pruritus, Urticaria Papules and Plaques of Pregnancy), herpes gestationis, urticaria vilket bör verifieras av hudkonsult.

#### Provtagning s-gallsyror

Analysen görs på Unilabs måndag–fredag.

Om patienten önskar symtomlindring innan provsvar är klart kan patientens vårdcentral ombesörja recept på tablett Tavegyl 1 mg, 1–2 v b, max 6 st per dygn.

## Handläggning

### Om s-gallsyror < 10 µmol/l = Inte ICP

Klåda av annan orsak. Ny provtagning endast om kraftigt ökande klåda. PAB signerar provsvaret.

Om patienten önskar symtomlindring kan tablett Tavegyl 1 mg, 1–2 v b ges, max 6 st per dygn. Patientens vårdcentral ombesörjer recept.

### Om s-gallsyror 10–39 µmol/l = Mild ICP

Inte förenat med ökad fetal risk. PAB kontaktar vid behov specialist-MVC Skövde eller Lidköping. Följ s-gallsyror (inte leverstatus) vid ökande eller kvarvarande svår klåda. Om klådan minskar eller försvinner behöver man inte ta fler prover.

- Symtomatisk behandling. I lindriga fall kan kylbalsam lokalt räcka för lindring.

- Ge annars ett sederande antihistamin, förslagsvis tablett [Lergigan](#) 25 mg, 1–2 till natten. Mycket få patienter behöver behandling dagtid.

I undantagsfall förekommer det att patienter har mycket svår klåda (outhärdliga symtom med svår sömnstörning/psykisk pålagring) trots beskedliga s-gallsyrevärden. PAB kontaktar Specialist-MVC Skövde, för ställningstagande till behandling med kapsel [UrsOfalk](#) 250 mg, 4 till natten fram till partus. Ingen medicinsk indikation för induktion av förlossning utöver om symtomen blir outhärdliga.

### **Om s-gallsyror $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ = Svår ICP**

Förenat med ökning av fetal risk. Remiss eller kontakt med specialistmödravården, SkaS Skövde eller Lidköping. Uppskattningsvis cirka 6–7 kvinnor om året i Skaraborg. Grundprincip: behandla eller förlös.

Patienten handläggs således initialt på egen BMM och remitteras till antenatalenhet för ställningstagande inom en vecka endast i dessa fall:

- Vid svår ICP (s-gallsyror  $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ ).
- Vid outhärdliga symtom med svår sömnstörning/psykisk pålagring trots enbart mild ICP (10–39  $\mu\text{mol/l}$ ) för ställningstagande till Urosfalkbehandling.

## Handläggning av ICP på specialistmödravården Skas Skövde

- Svår ICP (s-gallsyror  $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ ).
- Om outhärdliga symtom med svår sömnstörning/psykisk pålagring trots enbart mild ICP (10–39  $\mu\text{mol/l}$ ). Ställningstagande till symtomlindrande Urosfalkbehandling.

## Handläggning

### **Svår ICP ( $> 40 \mu\text{mol/l}$ )**

- Behandla med kapsel [UrsOfalk](#) 250 mg, 4 till natten fram till partus. Informera patienten om att det i medeltal dröjer 7 dagar efter insatt behandling innan klådan minskar och s-gallsyror sjunker.
- Vid behov tillägg av tablett [Lergigan](#) 25 mg, 1–2 till natten.

Vid nästa provtagning i vecka 37+0 (s-gallsyror, inte leverstatus) – *företsatt att* klådan minskar under behandlingen. Om ökande klåda trots behandling telefonkontakt med specialist-MVC som beslutar om ny provtagning tidigare (förslagsvis x 1 per vecka till partus). Provtagning kan

ske på hemortens BMM/vårdcentral med svar till specialist-MVC Skövde. Provtagningsremiss utfärdas via specialist-MVC. Patienten tar med vid provtagning.

### **Om s-gallsyror i vecka 37+0 sjunkit under 40 µmol/l**

- Avvakta spontanförlossning. Fler provtagningar behövs inte.
- Kontroller på Specialist-MVC behövs inte (var god se bakgrund).
- Fortsätt BMM-kontroller enligt [basprogrammet](#).

### **Om s-gallsyror sjunkit under behandling, men inte nått under 40 µmol/l i vecka 37+0**

- Värdera varje enskilt fall för eventuell induktion i förhållande till symptom, paritet och cervixstatus. Det är större risk för komplikationer vid mycket höga värden.  
*Exempel:* en kvinna som har s-gallsyror 175 µmol/l bör induceras, medan en kvinna som har 47 µmol/l kanske bör avvakta om cervixstatus är mycket omoget, tidigare sectio etc.

### **Om behandlingseffekt uteblivit eller varit otillräcklig på Ursofalk**

- Värdera compliance. Har patienten tagit medicinen?
- Man kan pröva att öka dosen Ursofalk till 25 mg/kg kroppsvikt, dosen bör då fördelas på 2–3 dygnsdoser.

### **Om man inleder Ursofalkbehandling efter vecka 36+0**

Ny provtagning s-gallsyror efter 7 dagar rekommenderas för ställningstagande till fortsatt behandling eller induktion.

## **Källförteckning**

Detta styrdokument baseras på Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrdokument [Cholestas under graviditet \(Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy \(ICP\)\)](#).

Se även rutin [Remisshantering vid barnmorskemottagningar inom Regionhälsan](#).

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Barn o Kvinna

**Innehållsansvar:** Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare

**Granskad av:** Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

**Godkänd av:** Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9716-1940753776-173

**Version:** 11.0

**Giltig från:** 2025-06-04

**Giltig till:** 2027-09-30