

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-07

Giltig till: 2027-11-07

Intrahepatisk cholestas under graviditet (ICP) PM för handläggning (i enlighet med PM KK SU/ÖS)

Revidering i denna version

Om S-gallsyror varit över 100 $\mu\text{mol/l}$ någon gång under graviditeten betraktas det som högrisk ICP.

Definitioner

Mild ICP: S-gallsyror 10 – 39 $\mu\text{mol/l}$

Svår ICP: S-gallsyror 40 – 99 $\mu\text{mol/l}$

Högrisk ICP: S-gallsyror $>100 \mu\text{mol/l}$, någon gång under graviditeten även om det sjunker sedan.

Bakgrund

Ungefär 1,5 % av alla gravida i Sverige drabbas av klåda med samtidig leverpåverkan under graviditet (ICP). De flesta har en mild, ofarlig form som förutom den besvärliga klådan inte medför några ökade risker för mor eller barn. En del har en svårare form av ICP med S-gallsyror $\geq 40 \mu\text{mol/l}$, vilket medför ökad risk för prematur förlossning (17 %) och asfyktiska komplikationer under förlossningen (14 %). Det föreligger också en liten riskökning för intrauterin fosterdöd efter graviditetsvecka 36 om S-gallsyror varit $>100 \mu\text{mol/l}$ någon gång under graviditeten.

Det går 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.

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 ICP. ICP är inte förenat med några hudförändringar utöver rivmärken.

Provtagning av S-gallsyra

Analysen görs på C-lab, SU, varje dag. Använd gelrör. Provet bör centrifugeras. Patienten behöver inte vara fastande.

Utredning av gravida kvinnor med svår, generell klåda

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

Riktlinjer för handläggning av ICP på barnmorskemottagning/antenatalmottagning

S-gallsyror <10 µmol/l

Ej ICP

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

S-gallsyror 10-39µmol/l

Mild ICP.

Inte förenat med ökad fetal risk. Ta hepatit C-prov om det inte är taget tidigare under graviditeten.
Följ S-gallsyror (inte leverstatus) vid ökande 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, **tablett Tavegyl 1 mg x 2** kan i så fall provas.

I undantagsfall förekommer det att patienter har mycket svår klåda, trots beskedliga s-gallsyrevärden. Man kan då ge **K Ursofalk® 250 mg, 4 till natten** fram till partus i symtomlindrande syfte (obs: latens innan effekt - se nedan).

Ingen medicinsk indikation för induktion av förlossning utöver om symtomen blir outhärdliga.

S-gallsyror $\geq 40 \mu\text{mol/l}$

Svår ICP.

Ta kontakt med Antenatalmottagning.

Förenat med ökning av fetal risk. Ta hepatit C-prov om det inte är taget tidigare under graviditeten.

Grundprincip: Behandla eller förlös

Behandla med K Ursofalk® 250 mg 4 till natten fram till partus via BMM.

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.

Nästa provtagning i vecka 37+0 (S-gallsyror, inte leverstatus) - förutsatt att klådan minskar under behandlingen. Om ökande klåda trots behandling rekommenderas ny provtagning.

Ex: Gravid kvinna med klåddebut i graviditetsvecka 30, första s-gallsyreprovet tas i graviditetsvecka 32 och visar S-gallsyror $75 \mu\text{mol/l}$. Ursofalk-behandling inledes, klådan rapporteras förbättrad vid följande reguljära BMM-besök. Nästa provtagning i graviditetsvecka 37+0, handläggning enligt nedan.

Om S-gallsyror i vecka 37+0 sjunkit under $40 \mu\text{mol/l}$:

Avvakta spontanförlossning. Fler provtagningar behövs inte. Kontroller på antenatalenhet behövs inte.

Undantag utgörs av om S-gallsyror legat på $100 \mu\text{mol/l}$ eller högre någon gång under graviditeten.

Om S-gallsyror i vecka 37+0 inte sjunkit under $40 \mu\text{mol/l}$:

Till antenatalenhet för ställningstagande eventuell induktion.

Patienten handläggs på BMM.

Remitteras till antenatalenhet för ställningstagande inom en vecka endast i dessa fall

- Om debut/diagnos av svår ICP sker så sent i graviditet att Ursofalk®-behandling inte kan väntas ha effekt (i praktiken efter vecka 37+0)

- Om S-gallsyror varit mycket höga ($>70\mu\text{mol/l}$) och sjunkit under behandling, men inte nått under $40\mu\text{mol/l}$ i vecka 37+0
 - Om behandlingseffekt uteblir på Ursofalk[®]
 - Outhärdliga symtom med svår sömnstörning/psykisk pålagring med eller utan behandling med Ursofalk[®]
-

Riktlinjer för handläggning av ICP på antenatalenhet

- Om debut/diagnos ICP sent i graviditet att Ursofalk[®]- behandling inte bedöms möjlig – inducera med ställningstagande utifrån symtom, paritet och cervixstatus.
- Om S-gallsyror sjunkit under behandling, men inte nått under $40\mu\text{mol/l}$ i vecka 37+0 – värdera varje enskilt fall för eventuell induktion i förhållande till symtom, paritet och cervixstatus. Det är större risk för komplikationer vid mycket höga värden. **Ex: en patient som har S-gallsyror $175\mu\text{mol/l}$ bör induceras, medan en patient som har $47\mu\text{mol/l}$ 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, men bör då dela dosen på 2 - 3 dygnsdoser. Det finns även andra farmakologiska behandlingar som kan prövas i svåra, terapiresistenta fall. Rådgör eventuellt med specialintresserad hepatolog.
- Om man inleder Ursofalkbehandling efter vecka 36+0 rekommenderas ny provtagning S-gallsyror efter 7 dagar för ställningstagande fortsatt behandling eller induktion.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-137

Version: 10.0

Giltig från: 2025-11-07

Giltig till: 2027-11-07