

Gäller för: Område M3 MHV

Giltig från: 2025-07-08

Innehållsansvar: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Giltig till: 2027-07-08

Granskad av: Pihla Kuusela, (phiku), Överläkare

Godkänd av: Erica Cedervret Nilsson, (erice), Områdeschef

ASA-behandling som profylax mot preeklampsi (PE) och fetal tillväxthämning (FGR)

Förändringar sedan föregående version

Mindre revidering i text.

Bakgrund och syfte

Preeklampsi drabbar runt 2 – 8% av gravida kvinnor och är en av de största bidragande orsakerna till maternell dödlighet och sjuklighet i världen. Associerat med PE är fetal tillväxthämning (fetal growth restriction – FGR) vilket är kopplat till ökad mortalitet och morbiditet hos foster och nyfödda barn. Således är det en vinst för gravida och deras foster om man kan reducera risken och därmed förekomsten av PE och FGR.

Däremot finns det inga studier som stödjer att isolerad SGA (som studierna ofta använder som synonymt med FGR) är ensam indikation för ASA profylax i nästa graviditet.

Syftet med riktlinjen är förebyggande behandling för att reducera risken för att drabbas av preeklampsi (PE), svår PE och HELLP-syndrom.

Utförande

Handläggning/åtgärder

Patienter som har **en** högriskfaktor alternativt **tre eller fler** medelriskfaktorer (se tabellerna nedan) erbjuds profylaktisk behandling i form av en tablett ASA 75 mg dagligen med behandlingsstart runt graviditetsvecka 10 – 12, då den största riskreduktionen ses vid insättande före graviditetsvecka 16. Dock kan medicineringen sättas in efter vecka 16 (till och med graviditetsvecka 28), då man ändå ser en viss effekt även om den är mindre. Intag

rekommenderas på kvällen för att uppnå bäst effekt. Behandlingstid rekommenderas till graviditetsvecka 36+0 eftersom det ska sättas ut i god tid före förlossningen för att undvika allvarlig blödning hos barnet.

Behandlingen avslutas vid preeklampsi diagnos före gr v 36, men ska fortsätta vid diagnos graviditetshypertoni före gr v 36.

Patienter med antifosfolipidsyndrom (APS) och systemisk lupus erythematosus (SLE) bör dock påbörja ASA-behandlingen så fort graviditeten är känd (ifall de inte redan står på den) och fortsätta hela graviditeten samt 12 veckor postpartum med 3 dagars uppehåll inför induktion eller planerat sectio.

Ordinerande läkare kontrollerar MHV-journalen avseende eventuella kontraindikationer enligt FASS.

Patientinformation finns och lämnas till patienten i samband med insättningen. Telefonkontakt med läkare kan ordnas vid behov. Remiss till Antenatmottagningen med önskemål om telefonkontakt skrivs i dessa fall av patientansvarig barnmorska.

Intag av Omega 3 och-/eller fiskolja för gravida rekommenderad dosering är inget hinder för profylax med ASA.

Högriskfaktorer	RR
Antifosfolipidsyndrom (APS)	10
Systemisk lupus erythematosus (SLE)	7,8
Kronisk njursjukdom (funktionsnedsättning)	10
Kronisk/essentiell hypertoni	5
Tidigare PE eller eklampsi	7
Tidigare graviditetshypertoni <i>med något av nedanstående</i> <ul style="list-style-type: none">• Debut eller förlossning <i>före</i> graviditetsvecka 34+0• FGR• IUFD• Ablatio	
Oocytdonation	6
Flerbörd	2,9
Diabetes mellitus före graviditeten	3,5

Medelriskfaktorer	RR
Förstföderska	2,9
Förstegradshereditet för PE	2,9
sBT >130 mmHg eller dBT >80 mmHg vid inskrivning	
Maternell ålder \geq 40 år	2
BMI \geq 30 vid inskrivning	2,5
Graviditetsintervall \geq 10 år	
Afrikansk etnicitet	
Läkardiagnostiserad obstruktiv sömnapné	
”White coat hypertension” (upprepat förhöjda BT vid mätning inom sjukvården men normala BT registrerade i hemmet).	
Tidigare graviditetshypertoni med debut efter graviditetsvecka 34+0.	

OBS. Läkemedelsinformation av betydelse:

	Innehåller laktos	Innehåller gelatin
Trombyl®		X
Acetylsalicylsyra Teva®		
Acetylsalicylsyra G.L. Pharma®	X	

Vårdplan efter genomgången hypertensiv graviditetskomplikation

Det finns ingen evidens för någon särskild vårdplan för nästkommande graviditet hos en frisk kvinna som haft graviditetshypertoni eller preeklampsi, som inte klassificerats som svår. De flesta av dessa kvinnor kan skötas enligt basprogram. Läkare konsulteras vid nästa graviditet via kontaktlista.

Vid riskfaktorer såsom ålder och-/eller fetma kan det finnas anledning till en vårdplan med tidigare och-/eller tätare BT eller andra kontroller.

En gravid med preeklampsi i anamnesen vid en tidigare graviditet och som därefter haft som en helt normal graviditet utan hypertoni eller preeklampsi,

handläggs enligt basprogram, men det föreligger ändå indikationen för ASA-profylax.

Vid genomgången *svår* hypertensiv graviditetskomplikation ska inom ramen för basprogramsbedömningen en individuell övervakningsplan upprättas.

Individuellt ställningstagande blir också aktuell om det föreligger en stark misstanke om FGR under föregående graviditet styrkt av ultraljudsbaserade tillväxtkontroller med påvisad avplanande fostertillväxt och tillkomst av nedsatt mängd fostervatten. Där kan profylax med ASA troligen göra nytta och bör övervägas.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Antje Johannsmeyer, mödrahälsovårdsöverläkare och verksamhetsöverläkare, Antenatalenhet, SÄS.

Innehållsgranskare

Pihla Kuusela, verksamhetsöverläkare, Obstetrik, SÄS.

Godkännare

Erica Cedervret-Nilsson, vårdenhetschef, Kvinna och barn, SÄS.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Område M3 MHV

Innehållsansvar: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Granskad av: Pihla Kuusela, (phiku), Överläkare

Godkänd av: Erica Cedervret Nilsson, (erice), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-163

Version: 2.0

Giltig från: 2025-07-08

Giltig till: 2027-07-08