

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-12-23

Innehållsansvar: Linda Englund Ögge, (linen1), Överläkare

Giltig till: 2027-12-23

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

SLE prekonceptuell rådgivning, under graviditet, förlossning och perpurium

Revideringar i denna version

Ersätter version från 2022-07-11.

2024-12-27 ersätter version 2023-03-20. Förlänger datum, inga ytterligare ändringar.

2025-12-05 Trombyldos ändrad till 75mg tn (160mg borttaget)

Förtydligat att barnmorskekontroller minst varannan vecka påbörjas vid inskrivning på MVC.

Förtydligat avsnittet om antikonception.

Innehåll

Syfte	2
Vilka berörs	2
Bakgrund och definition	2
Handläggning/åtgärder	2
Prekonceptionell rådgivning	2
Bedömning och åtgärder inför graviditet	3
Första läkarbesöket under graviditeten. Obstetriker.	4
Övervakning under graviditet	5
Förlossning och BB vård	5
Post partum	6
Ansvar	6
Uppföljning och utvärdering	6
Referenser	7
Granskare/arbetsgrupp	7
Bilaga 1	8
Bilaga 2	12

Syfte

Att beskriva handläggning och behandling av gravida patienter med SLE.

Vilka berörs

Patient, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor.

Bakgrund och definition

SLE är en autoimmun sjukdom med peak incidense i fertil ålder (20–35 år). Gravitet hos en SLE-patient skall betraktas som en högriskgravitet och innebär risker för både mor och barn. Dessa patienter skall alltid skötas i samråd med reumatolog.

Utförande

Prekonceptionell rådgivning

Prekonceptionell rådgivning hos obstetrikern förordas i samtliga fall av SLE.

Anamnes

- Ålder.
- Organpåverkan.
- Sjukdomsaktivitet.
- Pågående behandling/Fosterskadande läkemedel.
- Tidigare graviditetskomplikationer.
- Tidigare tromboembolism, förekomst av fosfolipid anrikroppar.
- Hypertoni.
- Rökning/Alkohol.
- Övervikt.
- Diabetes.
- Thyroideasjukdom.
- Tidigare fött barn med kongenitalt hjärtblock.

Informera om risker

Barn

- Missfall/IUFD (Intrauterin fosterdöd).
- IUGR (Intrauterin tillväxthämning).
- Prematuritet (25–35% med eller utan APS).
- Kongenitalt AV-block (vid förekomst av SSA-ak/oklart om SSB ak bidrar).

- Neonatal lupus (vid förekomst av SSA-/SSB-ak.).

Mor

- Preeklampsi/Graviditetshypertoni (10–15% utan APS, 10–20% med APS).
- HELLP (1–1,5 % utan APS, 3–5 % med APS).
- Risk för ”flare up” av SLE och försämring av organpåverkan under graviditeten och 1 år efter partus.
- Trombos (venös och arteriell).
- Lupusnephrit, vid proteinuri eller hypertoni ökar riskerna ytterligare. Vid anamnes på lupusnephrit, vänta med graviditet 6 mån

Avråd från graviditet vid

- Svår pulmonell hypertension (> 50mm Hg).
- Svår restriktiv lungsjukdom (FVK <1 l).
- Svår kronisk njursjukdom med påtagligt sänkt GFR. Konsultera njurmedicinare.
- Svår aktiv sjukdom inom det senaste halvåret.
- Stroke senaste året.
- Svårreglerad hypertoni.

Bedömning och åtgärder inför graviditet

Sjukdomen bör vara i ett lugnt skede.

Fosterskadande läkemedel skall bytas ut. Vänta med graviditet minst 3–6 månader efter ändring av behandling av SLE ([se Bilaga 1](#)). Kontrollera att patienten står på Plaquenil (hydroxyklorokin). Kontakta annars reumatolog för insättning snarast.

Rådgör med ansvarig reumatolog angående dessa punkter.

Folsyra 400 mikrogram/dag startas innan konceptionen och fortsätts till graviditetsvecka (gv) 12. Om patienten tidigare medicinerat med Methotrexat fortsätts folsyrabehandlingen med 2,5 mg/dag under graviditeten.

Vit-D och Calcium sätts in v.b efter provtagning.

Bisfosfonater skall ej ges under graviditet och amning. Sätts ut 6 mån. innan graviditet.

Ge patienten råd att börja med acetylsalicylsyra (ASA) (Trombyl 75 mg x 1 t.n.) vid positiv graviditetstest.

Se till att relevanta prover är tagna, [se Bilaga 2](#).

Kontrollera att patienten följt screeningprogrammet för cytologprov. Om inte, ta cytologprov vid besöket.

Första läkarbesöket under graviditeten.

Obstetriker.

Tidig datering (gv12+4–13+6) för att kunna spåra tidig IUGR om pat. inte gör TUL.

Kontrollera att relevanta prover är tagna, [se Bilaga 2](#).

Kontrollera att patienten står på hydroxiklorokin (Plaquenil). Om inte, kontakta reumatolog.

Kontrollera att patienten inte står på några fosterskadande läkemedel, rådgör med reumatolog vid behov.

Sätt in acetylsalicylsyra (ASA) (Trombyl 75 mg x 1 t.n.) som prevention mot preeklampsi. Vid förekomst av fosfolipidantikroppar kan tillägg av lågmolekylärt heparin (LMWH) vara indicerat, se nedan behandling av antifosfolipidsyndrom.

Etablera kontakt med ansvarig reumatolog. Gör upp om vem som sköter provtagning under graviditeten.

Ordna med inskrivning på Spec-MVC (alla SLE-patienter).

Planera fortsatta kontroller under graviditeten och skriv en plan i patientens journal. Skriv behövliga remisser, se nedan [Övervakning under graviditet](#).

Trombosprofylax med LMWH ges på samma indikationer som till andra gravida beroende på riskfaktorer.

Lågmolekylärt heparin i normaldos (se nedan) övervägs (rådfråga koagulationskunnig kollega vid behov) tillsammans med ASA vid förekomst av antifosfolipidantikroppar (lupusantikoagulans, kardiolipin-ak, beta2-glykoprotein-ak) och utan tidigare trombos. Vid tidigare trombos och antifosfolipidantikroppar ges högdosprofylax med LMWH.

Kontrollera att patienten står på/sätt vid behov in folsyra, Calcium och vit. D.

Kontrollera att patienten följt screeningprogrammet för cytologprov. Om inte, ta cytologprov vid besöket om detta inte gjorts i samband med prekonceptionell rådgivning.

Övervakning under graviditet

Oavsett om patienten har SSA/SSB-antikroppar eller ej görs rutintultraljud i gv 18–19. Patienten skall även bedömas av barnkardiolog om hon tidigare fött barn med AV-block (se nedan).

I de fall där den seropositiva kvinnan inte har anamnes på tidigare foster/barn med AV-block, rekommenderas veckovis uppföljning inom mödravården med avlyssning av hjärtats rytm under graviditetsvecka 16–24. Vid tillstötande arytm/bradykardi kontaktas Spec.-ultraljudsjouren per telefon.

Vid seropositivitet (SSA/SSB-antikroppar) och tidigare foster/barn med AV-block eller kutan lupus neonatalt, rekommenderas remiss till fosterkardiologisk uppföljning för veckovisa ultraljud och doppler under graviditetsveckorna 17–24, för försök till tidig diagnostik och behandling av ett hjärtblock under utveckling.

Alla patienter gör viktskattning och flödesmätning i a. umbilicalis var 4:e vecka från gv 24.

Patienter med lågmolekylärt heparin i högre doser än normaldosprofilax följs med anti FXa-aktivitet enligt sedvanlig rutin.

ASA sätts ut i gv 36 om patienten saknar antifosfolipidantikroppar. Om patienten har antifosfolipidantikroppar står hon kvar på ASA fram till förlossningen och minst 12 veckor post partum.

Läkarbedömning vid behov samt i v. 39+6. Vid avsaknad av maternella och/eller fetala komplikationer kan graviditeten fortsätta som för andra kvinnor.

Vid debut av preeklampsi skall man även överväga differentialdiagnosen lupusnefrit. Rådgör v.b. med reumatolog.

Barnmorskekontroller: blodtryck och urinsticka samt övriga sedvanliga rutinkontroller minst varannan vecka från inskrivning på MVC till gv 34, därefter varje vecka fram till partus. Laboratorieprover enligt [Bilaga 2](#).

Förlossning och BB vård

Eftersträva spontan, vaginal förlossning i fullgången tid.

Kontrollera följande laboratorieanalyser: Hb, TPK, kreatinin, ALAT, urinsticka och ev albumin(protein)/kreatininkvot vid ankomsten till förlossningen. Inför ev. EDA/spinal tas även APTT och PK.

Övervaka fostret noga under förlossningen som vid andra högriskgraviditeter.

Skärpt observans på blödning och blodtryck.

Nepresol (dihydralazin) kan ges till SLE-patienter som kortvarig akutbehandling.

Trombosprofylax enligt gängse rekommendationer utifrån riskfaktorer. OBS att samtidig behandling med lågmolekylärt heparin och ASA ökar risken för blödningskomplikationer.

Om mamman har SSA- och/eller SSB-antikroppar skall barnet övervakas med tanke på neonatal lupus, informera neonatolog. Kan ge hudsymtom (går i regress inom 6 månader post partum) och kongenitalt AV-block.

Ej tidig hemgång.

Remiss till reumatolog skrivs vid hemgång från BB.

Post partum

Patient utan komplikationer gör sedvanlig efterkontroll hos ansvarig barnmorska 6–8 veckor post partum.

Återbesök till ansvarig obstetriker enligt individuell bedömning.

För hormonell antikonception rekommenderas i första hand enbart gestageninnehållande p-piller eller hormonspiral (gestagen).

Högdosgestagener (Depo-provera) bör undvikas. Dagen efter piller kan användas.

Säkerställ att patienten har kontakt med sin reumatolog.

LMWH som p.g.a. riskfaktorer satts in under graviditeten fortsätts minst 6 veckor enligt klinikens rutiner. Om patienten har fosfolipidantikroppar fortsätts både ASA och LMWH minst 12 v. Waran återinsätts om patienten stod på detta innan graviditeten.

Påminn om att patienten bör följa screeningprogrammet för cytologprov.

Ansvar

Gäller för all personal inom VO Obstetrik/Område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har VC/VÖL. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, medicinsk ledningsansvarig, sektionschef obstetrik SU

Uppföljning och utvärdering

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix om rutinen är

kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Referenser

Ovanstående PM bygger på ett dokument framtaget av Reuma-ARG, reumatologer och obstetriker från hela Sverige.

Granskare/arbetsgrupp

Mårten Alkmark, Sektionschef för komplicerad graviditet och förlossning, Verena Sengpiel, VÖL Specialist MVC, Ylva Carlsson, VÖL Ultraljudsenheten, Teresia Svanvik, VÖL avd 314 och 315.

Bilagor

[Bilaga 1](#)

[Bilaga 2](#)

Bilaga 1

Farmakologisk behandling under SLE graviditet

Antireumatisk behandling

Hydroxyklorokin (Plaquenil®)

- Sätts in vid planering av graviditet pga. långsamt isättande effekt
- Bör ges till alla
- Dos 200mg/dag (idag rek ej över 200mg)
- Plaquenil förebygger skov av SLE under graviditet och har visat sig reducera graviditetskomplikationer
- Kan ges under amning

Glukokortikoider

- ≤ 15 (-20) mg Prednisolon/dag anses ofarligt
- Lägsta effektiva dos eftersträvas
- Solu-Medrole-pulsar (250-500mg/dag) är kumulativt mindre skadligt än långvarig peroral kortisonbehandling [6]
- Ge samtidig behandling med kalk (upp till 1500 mg av calcium) och D-vitamin (upp till 600 IE/dag)
- Vid amning, amma precis innan intag av Prednisolon, om doser > 40 mg amma 4 timmar efter given dos
- Flourinerade steroider skall inte användas om det inte är fostret man behandlar
- Utvärtes behandling med kortison säkert under graviditet
- Potentiella risker hos mamman diabetes, hypertension, preeklampsi, infektioner

Azathioprin (Imurel®, Azatioprin®)

- ≤ 2 mg/kg/dag (oftast ej över 100mg/dag)
- Kan tas vid amning om barnet är fullgånget

Ciclosporin och Tacrolimus

- Kan användas under graviditet
- Kan användas vid amning
- Tacrolimus kontrollera serumnivåer varannan vecka under trimester ett och två och varje vecka under trimester tre samt en vecka postpartum

- Tacrolimus passerar över placenta, oklart om ciclosporin gör det
- Associerat med förtidig födsel och låg födelsevikt men detta ses också i en ökad förekomst hos kvinnor med njursjukdom
- Ökad risk för diabetes och hypertoni hos mamman

Intravenös gammaglobulin beh (Ivlg)

- Passerar över placenta i början av andra trimestern med störst passage under tredje trimestern
- Kan användas vid medelsvåra till svåra skov, överväg samtidig blodförtunning då det föreligger ökad risk för tromboser
- Användning under graviditet är ej förknippat med ”poor fetal outcome”
- Kan användas under amning

Plasmaferes

- Kan användas före, under graviditet och vid amning
- Indikation är framför allt refraktär nefrotiskt syndrom

NSAID

- Bör undvikas inför planerad och under graviditet (kan ges vid enstaka tillfällen)
- I övrigt se dokument “Läkemedel under graviditet”

Methotrexate (Metotrexate®)

- Teratogent
- Utsättes minst 3 mån innan graviditet (glöm inte starta folsyra dagligen)
- Bör inte ges under amning

Mycophenolatmofetil (CellCept®)

- Teratogent
- Utsättes minst 6 veckor innan graviditet
- Bör ej ges under amning

Cyclofosfamid (Sendoxan®)

- Teratogent ffa under första trimestern
- Utsättes minst 3 månader innan graviditet
- kan vid livshotande eller refraktära SLE skov ges i andra och tredje trimestern [7, 8]
- Bör ej ges under amning

Belimumab (Benlysta®)

- Data saknas under graviditet och amning

Rituximab (Mabthera®)

- Passerar placenta, lång halveringstid och bör avslutas 6 mån innan graviditet
- Idag ingen evidens för missbildningar
- Kan användas vid svåra SLE skov som inte svarar på annan behandling under första trimestern samt ev i slutet av graviditet [9]

Blodtrycksbehandling under graviditet

Behandlingskrävande hypertoni är vid graviditet och amning ett blodtryck $\geq 140/90$ mmHg

Behandla alltid i samråd med obstetriker. Behandling följs enligt SFOG's riktlinjer för hypertoni vid graviditet, 2019.

Labetalol (Trandate®)

- Startdos 100 mg x 3, titreras upp till 100–400 mg x 2–4, max dos 1600 mg/dag
- Ej teratogen
- Försiktighet vid astma, AV block II-III samt vid intrauterin tillväxthämning och/eller påverkat flöde i a. umbilicalis
- Vid doser > 1200mg överväg kombinationsbehandling

Metoprolol (Seloken®)

- 25–100 mg po 1-2 ggr dagligen

Pindolol (Visken®)

- 2.5-10mg po, 2 ggr dagligen

Kalciumantagonister rekommenderas inte under första trimestern

Nifedipin (Adalat®)

1. 10–30 mg po x 2-3, max dos 180 mg/dag, Adalat oros 30-60mg x 1
 - Ej teratogen

Isradipin (Lomir®)

- 2.5–5 mg po 2 ggr dagligen

Dihydralazin (Nepresol®)

- Kan ges som akutbehandling

Blodtrycksbehandling under amning

Behandling alltid i samråd med obstetriker och eventuell neonatolog som ovan och dessutom kan ACE-hämmare och tiaziddiuretika användas.

Övrig behandling

Alltid i samråd med obstetriker.

ASA (Trombyl®)

- Ges för att förebygga preeklamsi
- Sätts in tidigt, vid konstaterad graviditet, ev vid planering av grav. Avslutas i v. 36+0 om mamman saknar antifosfolipidantikroppar. Ges minst till och med 12 v post partum vid APS
- 75mg till natten.
- Kan användas under amning

Folsyra

- 400µg per dag (1/2 x 1mg) tom v 12, starta innan konception
- Om patienten tidigare medicinerat med methotrexat fortsätts folsyrabehandlingen med 2,5mg/dag under graviditeten.

Bisfosfonater

- Avsluta 6 mån innan planerad graviditet
- Kan ej ges under amning

Lågmolekylärt heparin (LMWH)

- Var god se riktlinjer för behandling av systemisk lupus erythematosus (SLE), svensk reumatologisk förening 2018 och HEM-ARG n:o 76 2018.

Waran

2. Patient på Waran skall byta till LMWH innan graviditetsvecka 6
 - Kongenitala missbildningar v 6–9
 - Kan hos högriskpatient i undantagsfall ges efter v 12
 - Kan ges under amning

Direkta orala antikoagulantia (DOAK)

- Data saknas under graviditet och amning

Bilaga 2

Provtagning vid SLE graviditet

Första kontrollen innan/under graviditet hos reumatolog

- Vikt
- Längd
- Blodtryck
- Blodsocker
- SR, CRP
- Hb, LPK, TPK, neutrofila
- TSH (fritt T4, T3, TRAK, TPO-ak)
- ASAT, ALAT
- Kreatinin
- ev GFR alt Cystatin C
- Anti-kardiolipinantikroppar (aCL) av av IgG och IgM isotyp, anti- β 2glykoprotein I antikroppar (a β 2GPI) av av IgG och IgM isotyp, lupusantikoagulans (LA)
- ANA screen (som inkl anti-DNA, SS-A, SS-B ak)
- Komplement (C3, C4 C3d vid nefrit C1q ak)
- Urinsticka, urinsediment, U-Albumin/Kreatinin-kvot (tu-alb)
- Eventuellt Kalk, vitamin D

Vid lågaktiv SLE rekommenderas kontroll en gång per trimester, vid aktiv sjukdom, tätare kontroller.

- Blodtryck
- Hb, LPK, TPK
- ALAT
- Kreatinin, urinstickor

I tillägg varje trimester, överväg

- Komplement
- Anti-DNA
- U-albumin/kreatinin kvot (vid njurengagemang)

Hos barnmorska

- Hb

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- **Blodtryck**
- **Urinsticka**
- **Ev alb/krea kvot**

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Linda Englund Ögge, (linen1), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-245

Version: 9.0

Giltig från: 2025-12-23

Giltig till: 2027-12-23