

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Affektiva, Verksamhet Obstetrik, Område M4 MHV

Giltig från: 2024-10-07

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Giltig till: 2026-10-07

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

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Bipolär sjukdom och graviditet

Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, sektionschef, medicinsk ledningsansvarig obstetrik
SU

Revidering i denna version

2024-10-03 förlänger datum.

Denna rutin gäller för

Förutom för kvinnor gäller rutinen för andra gravida personer.

Bakgrund

Bipolär sjukdom typ I och II drabbar cirka 2% av befolkningen, med lika fördelning mellan könen. Sjukdomen debuterar oftast mellan pubertet och 30 års ålder och är alltså vanlig hos kvinnor i barnafödande ålder. Dessa patienter rekommenderas att planera sin graviditet i samråd med psykiater. Det är vanligt att kvinnor underskattar risken för oönskad graviditet.

Psykiater rekommenderas fråga kvinnor i fertil ålder hur de skyddar sig mot graviditet samt hänvisa till barnmorska eller gynekolog för preventivmedelsrådgivning om aktuell graviditetsönskan saknas.

Läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom syftar till att förhindra skov av depression eller mani. Förutom den stämningsstabiliserande effekten kan dessa läkemedel även användas som akut behandling vid skov eller förstagångsinsjuknande. Litium är att betrakta som ett förstahandsval vid behandling mot bipolär sjukdom, framför allt vid bipolär sjukdom typ 1. I gruppen moderna antiepileptika är lamotrigin det preparat som anses relativt säkert för användning under graviditet. Ett annat behandlingsalternativ är atypiska, eller andra generationens, neuroleptika tex quetiapin. För icke-gravida är kombinationsbehandling vanligt förekommande men det saknas studier på gravida, varför monoterapi eftersträvas.

Okontrollerad sjukdom under graviditet och puerperium innebär stora risker för både mamman och växande fostret. Det är oftast lämpligt att fortsätta med medicinsk behandling av bipolär sjukdom under graviditeten, eventuellt med dosjustering, se nedan. Utsättning av litium under graviditet ledde i en studie till återinsjuknade i 52% av fallen och postpartum är risken ännu högre. Samtidigt kan medicinering innebära risker för fostret och det nyfödda/ammade barnet. Således måste riskerna av den bipolära sjukdomen vägas mot riskerna av behandling och man bör sträva efter lägsta effektiva dos.

Utförande

1) Handläggning under graviditet

Med MHV-läkare avses specialist i obstetrik och gynekologi, knuten till barnmorskemottagning. Med obstetriker avses specialist i obstetrik och gynekologi som arbetar vid Specialist-MVC vid Östra sjukhuset.

- Se Riktlinje ”[Psykisk sjukdom under och efter graviditet, vårdplanering](#)”.
- Om kvinnan skulle motsätta sig att kontakt tas mellan kvinnosjukvård och psykiatri är det viktigt att veta att Offentlighets- och sekretesslag inte hindrar utlämnande av uppgifter om det behövs för en nödvändig insats till skydd för fostret/nyfödda barnet.
- Den gravida kvinnans psykiska status måste följas noggrant under hela graviditeten, detta görs av behandlande psykiater/sjuksköterska. En majoritet av patienter med bipolär sjukdom i Göteborgsområdet sköts av Bipolärmottagningen, verksamhetsområde Psykiatri Affektiva, SU. Om patienten har en annan vårdgivare vidareförmedlas denna rutin för fortsatt samverkan runt patienten.
- Kvinnor med bipolär sjukdom skrivs in på ordinarie barnmorskemottagning (BMM) och som regel kan kvinnor med bipolär sjukdom följas på ordinarie BMM. MHV läkare avgör om besök/övertag till Specialist-MVC är aktuellt – se riktlinje ”[Psykisk sjukdom under och efter graviditet, vårdplanering](#)”.

Behandling för bipolär sjukdom

Litium

- Litiumexponering under första trimestern ökar risken för hjärtmissbildningar, de flesta dock av relativt mild grad. En

möjlighet vid planerad graviditet är därför att sätta ut litium och återinsätta efter första trimestern om indikationen är stark. Denna bedömning görs av psykiater, som sedan meddelar BMM om medicineringen pausats och ansvarar för att monitorera kvinnans psykiska hälsa under tiden.

- Om patienten litiumbehandlas bör dosen hållas så låg som möjligt. Litiumkoncentrationen sjunker vanligen i slutet av graviditeten och dosen måste ofta höjas. Kontroller av s-litium görs vid konstaterad graviditet och sedan varje månad på psykiatrimottagningen.
- Vid behandling med litium kontrolleras TSH, s-kreatinin och s-calcium av psykiatrimottagningen en gång per trimester. Psykiater ansvarar för provtagning, signering och bedömning av provsvar relaterade till litiumbehandlingen.
- OBS beakta eventuell interaktionsrisk vid insättning av andra mediciner.

Lamotrigin

- Lamotrigin i monoterapi kan ge en viss överrisk för missbildningar.
- Även serumkoncentrationen av lamotrigin kan variera under graviditet och kan behöva följas.
- OBS beakta eventuell interaktionsrisk vid insättning av andra mediciner.
- Vid behandling med lamotrigin rekommenderas högre dos av folsyra (1-5 mg), och att behandling med folsyra ges under hela graviditeten.

Atypiska neuroleptika

- Exponering för atypiska neuroleptika förefaller inte vara relaterat till ökad risk för missbildningar.

Ultraljud

- Om patienten behandlats med litium eller lamotrigin under första trimestern utförs rutinultraljud där det med tydlighet ska framgå på remissen att kvinnan har pågående medicinerings med Litium/Lamotigrin.

Plan inför förlossningen och BB-tid

- Individuell planering av vård under förlossning och BB-tid, var god se Riktlinje ”[Psykisk sjukdom under och efter graviditet, vårdplanering](#)”.

2) Handläggning under förlossning

- Kvinnor med bipolär sjukdom ska inte hänvisas!
- Förlossningen sker på Specialförlossningen och ansvarig läkare ska informeras om att en kvinna med bipolär sjukdom har kommit in.
- För litiumbehandlade:
 - vid ankomsten kontrolleras s-litium (guldgult rör med gel), s-litium bör ligga mellan 0,5–0,8 mmol/l. Om värdet ligger högre, ska Litium medicinering pausas, kvinnan ska få vätska i.v. och nytt prov ska tas efter 12 timmar. Toxiska symtom kan uppträda vid >1,2 mmol/l. Kontakta narkos om s-litium >1,2 mmol/l.
 - Risk för litiumförgiftning av mor och barn ökar vid uttorkning, var noggrann med vätsketillförsel! Oftast kan hydrering ges peroralt, vb överväg iv vätska. Förhöjda litiumkoncentrationer ger litiumintoxikation vilket kan vara livshotande. Tecken på litiumbiverkningar: slöhet, illamående, tremor, ataxi och krampanfall.
 - I samband med aktivt förlossningsarbete sätts Litium ut, det vill säga när modermunnen är öppen 4 cm och 3 smärtsamma värkar/10 min, med eller utan vattenavgång.
 - Efter förlossning: tag s-litium i navelsträngsblod.
 - Litiumbehandling ska återinsättas snarast efter förlossning i den pregravida dosen.
- Informera neonatolog i samband med barnläkarundersökning om patienten har pågående medicinering för bipolär sjukdom.

3) Handläggning under BB-tiden

- Patienter som medicinerar med litium eftervårdas på avd. 315 och ska ha enkelrum. Övriga patienter med bipolär sjukdom kan vårdas på valfri BB avdelning.
- Som regel planeras 3–5 dagars BB-tid. Patienten rondas dagligen av läkare och skrivs ut av läkare.
- Sömn: Patienter med bipolär sjukdom har hög risk för depression, mani och psykos postpartum (störst risk 2–14 d efter

förlossningen). Patienten bör erbjudas optimala förhållanden för sömn. Tillfälliga doser av prometazin, oxazepam eller zolpidem bör användas liberalt för att säkerställa sömnen postpartum.

- För kvinnor som medicinerar med litium gäller följande:
 - Smärtlindring hos patienter med litiumbehandling: Patienten ska EJ ta/ordineras NSAID (tex Ibuprofen/Naproxen) då samtidig behandling kan ge förhöjd litiumkoncentration.
 - s-litium kontrolleras innan hemfärd, genom mätning på morgonen 12 timmar efter sista tablettintag (guldgult rör med gel). Värdet får inte vara över 1,0 mmol/l. Medicindosen justeras enligt vårdplan och i samråd med psykiatriker innan patienten åker hem.
 - Barnet skall barnläkarundersökas inom 24 timmar efter förlossningen och innan hemgång. Barnläkare tar ställning till extra uppföljning av barnet efter utskrivning.
- Amning
 - Litiumbehandlade patienter bör inte amma eftersom litium passerar över till bröstmjolk.
 - Koncentrationen av litium i barnets blod vid amning blir cirka 25% av moderns serumkoncentration men variation förekommer. Om modern trots avrådan väljer att amma dokumenteras detta i journal och kontakt med neonatolog tas under BB-tiden. Vid önskemål om amning under pågående behandling med litium krävs särskild uppföljning och regelbunden provtagning av barnet.
 - Lamotrigin passerar över i modersmjolk i relativt hög grad. Vid önskemål om amning under pågående behandling med lamotrigin hög dos krävs särskild uppföljning och regelbunden provtagning av barnet.
 - Atypisk neuroleptika passerar över i modersmjolk i låg grad och risken anses vara låg vid terapeutiska doser.
 - Innan hemgång från BB tas kontakt med behandlande psykiater/psykiaterkonsult för bedömning av patienten. Psykiatrimottagning, BMM och BVC informeras om förlossning och planerad hemgång. I fall av litiumbehandling planeras provtagning av s-litium en vecka efter hemgång. Uppföljning sker via psykiatrimottagningen.
- Ställningstagande till sjukskrivning av den nyförlösta, för att partnern eller annan stödperson ska kunna avlasta i hemmet.
- Postpartum psykos, mani eller svår depression är allvarliga tillstånd som kan hota mammans och nyfödda barnets hälsa och

liv. Vid misstanke om psykos, mani eller svår depression postpartum ska omedelbart akut psykiatrisk konsult kopplas in. Vid behov av extravak se rutin ”[Ständig tillsyn på psykiatrisk indikation vid somatisk vård](#)”

Anhöriga ska inte stå för extravakfunktionen!

- Uppstår oro för väntat eller redan fött barn följs [läns gemensam riktlinje](#) respektive [RMR oro för att barn far illa](#).

Kontakt

Bipolärmottagning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ekelundsgatan 1, vån 2.

411 18 Göteborg.

Tel. 031-343 39 00.

Referenser och relaterade dokument

Viguera AC, Am J Psych 2007;164:342–5

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetscheferna ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Affektiva, Verksamhet Obstetrik,
Område M4 MHV

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

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

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-323

Version: 2.0

Giltig från: 2024-10-07

Giltig till: 2026-10-07