

Kommentar

Svangerskapskløe er oftest – men ikke alltid – ufarlig

Svangerskapsomsorgen i industrialiserte land fokuserer med rette på den relativt lave helsemessige risikoen svangerskap og fødsler i dag innebærer. Det er imidlertid viktig å skille ut svangerskap som er risikofylte, og der intervensjon kan være livreddende. Forfatterne av Noe å lære av-artikkelen i dette nummer av Tidsskriftet omtaler en livsfarlig, men sjelden, svangerskapskomplikasjon – akutt fettlever i svangerskapet. Lorentzen og medarbeidere viser behov for tverrfaglig klinisk samarbeid med god kontinuitet og medisinsk ekspertise for å optimalisere prognose for mor og barn. I den nylig reviderte norske veilederen i fødselshjelp (1), bidrar forfatterne med et eget kapittel om slike akutte, sjeldne, alvorlige tilstander i graviditet og fødsel.

En vanligere differensialdiagnose ved kløe i svangerskapet er intrahepatisk svangerskapskolestase (intrahepatic cholestasis of pregnancy, ICP). Intrahepatisk svangerskapskolestase defineres som hudkløe i siste halvdel av svangerskapet uten ledsagende hudutslett, men med forhøyede verdier på leverfunksjonsprøver. Oftest er gallesyrene forhøyede ($> 10 \mu\text{mol/l}$), med forhøyede transaminaser (ASAT, ALAT), gamma-GT, og eventuelt forhøyet bilirubin. Denne diagnosen er ufarlig for moren, men er assosiert med økt mortalitet og morbiditet for barnet. Det er viktig å utelukke alvorlige differensialdiagnoser til de forhøyede leverprøvene, slik som akutt fettlever i svangerskapet og HELLP (hemolyse, økte leverenzymmer og lave blodplater). I tillegg bør det tas gjentatt blodprøve ved fortsatt hudkløe og normale gallesyrer, fordi hudkløen kan forekomme før forhøyede blodprøveverdier (2).

Årsaken til svangerskapskolestase er ukjent. Muligens skyldes syndromet hypersensitivitet for østrogen. Det er også påvist

økt forekomst av genmutasjon for et hepatobiliært transportprotein (ABCB4) hos kvinner med intrahepatisk svangerskapskolestase og sterkt forhøyde gallesyrer ($\geq 40 \mu\text{mol/l}$) (3).

Prevalensen av intrahepatisk svangerskapskolestase er 0,1–2 %, og hyppigere hos asiatiske enn hvite gravide kvinner. Risikoen for intrauterin fosterdød angis som 0,4–1,6 % ved denne tilstanden (4), men enkelte studier antyder 3,5 % ved ubehandlet sykdom (2). Andre studier konkluderer med at risikoen for fosterdød først øker signifikant dersom gallesyrene overstiger $40 \mu\text{mol/l}$ (3).

Oppfølgingen av svangerskapskolestase er rettet mot symptomlindring hos mor og obstetrisk overvåking av fosteret. Det anbefales ukentlig måling av leverfunksjonsprøver etter at intrahepatisk svangerskapskolestase er diagnostisert (4). Behandling med Ursolfalk (ursodeoksykolsyre, et gallesyrepreparat) brukes tross begrenset dokumentasjon, også i Norge, og vurderes hos kvinner med forhøyede gallesalter og plagsom hudkløe. Induksjon av fødsel vurderes individuelt (4).

En britisk veileder konkluderte i 2006 med at det er vanskelig å identifisere hvilke svangerskap med intrahepatisk kolestase som trues av intrauterin fosterdød, at ingen fosterovervåking sikkert kan predikere fosterdød, at vanlig praksis med å forløse kvinnene etter uke 37 for å redusere fosterdød ikke er evidensbasert, og at maternell behandling med Ursolfalk eller steroider ikke sikkert bedrer føtal prognose eller maternell kløe (4). En Cochrane-metaanalyse fra 2001 konkluderer også med at det mangler evidensbaserte råd med hensyn til overvåking og behandling av intrahepatisk svangerskapskolestase (5). Mer klinisk forskning er nød-

vendig, med vurdering av potensiell nytte og ulempe for mor og barn på kort og lang sikt.

Det er imidlertid viktig å huske på at hudkløe uten utslett og uten assosiert leversykdom er vanlig under siste halvdel av svangerskapet, uten dokumenterte komplikasjoner verken for mor eller barn. Behandling med antihistaminer, eventuelt med «hvitvask» av hud, forsøkes ofte, men effekten er dårlig dokumentert (6).

Annetine Staff

annetine.staff@ullevaal.no
Kvinneklinikken, Kvinne- og barndivisjon
Ullevål universitetssykehus
0450 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Norsk Gynekologisk Forening. Veilederen i fødselshjelp. www.legeforeningen.no/asset/32196/2/32196_2.pdf [26.4.2007].
2. Kenyon AP, Piercy CN, Girdling J et al. Pruritus may precede abnormal liver function tests in pregnant women with obstetric cholestasis: a longitudinal analysis. *BJOG* 2001; 108: 1190–2.
3. Wasmuth HE, Glantz A, Keppeler H et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: the severe form is associated with common variants of the hepatobiliary phospholipid transporter ABCB4 gene. *Gut* 2007; 56: 265–70.
4. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. Guideline No. 43, 2007. Obstetric cholestasis. www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/obstetric_cholestasis43.pdf [26.4.2007].
5. Burrows RF, Clavisi O, Burrows E. Interventions for treating cholestasis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001: CD000493.
6. Young GL, Jewell D, Young GL et al. Antihistamines versus aspirin for itching in late pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 1997: CD000027.

Manuskriptet ble mottatt 18.4. 2007
og godkjent 26.4. 2007. Medisinsk redaktør
Odd Terje Brustugun.