

Sjukdomar och läkemedel under graviditet och amning

Lars Grennert, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Birgitta Essén, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Inledning

Nästan alla gravida kvinnor söker mödravården för övervakning av sin graviditet. Skötseln är individuell och barnmorskor och läkare gör en riskbedömning enligt medicinska och psykosociala basprogram enligt fastlagda riktlinjer.

Om det inte finns en specialist på mottagningen kan barnmorskorna hänvisa till specialistmödravården – till denna knyts ofta konsultläkare från andra specialiteter. Till dessa mottagningar kan man också vända sig för prekonceptionell rådgivning om t ex läkemedelsbehandling under graviditet eller eventuellt terapibyten inför planerad graviditet.

Mycket få av de läkemedel som säljs i Sverige medför någon större risk för svårare organmissbildningar eller annan påverkan på fostret eller det nyfödda barnet. Viktiga undantag utgör vissa cytostatika, speciellt metotrexat och vitamin A-analoger. Men bland gravida och ammande kvinnor finns en stor medvetenhet och vaksamhet när det gäller intag av läkemedel – ibland svår oro. Det fordras därför känsla i bemötandet och informationen måste samtidigt vara korrekt.

Principer för läkemedelsbehandling under graviditet

Många gravida kvinnor behandlas med läkemedel pga graviditetsrelaterade symptom, akuta sjukdomar eller kroniska be-

handlingskrävande sjukdomar. I de flesta fall innebär läkemedelsbehandlingen inga problem och ofta finns det väldokumenterade substanser. Man måste dock alltid väga risken med läkemedlen mot behovet.

Utgör tillståndet indikation för behandling, men inget större hot, bör man välja läkemedel ur grupp A eller B (indelning enligt Fass, se Faktaruta 1, s 440). Notera att ändringar kan ske beträffande klassificeringen (erytromycin är ett sådant exempel).

Det finns dock en del kroniska sjukdomar som, även under graviditet, måste behandlas med preparat ur grupperna C eller D. Man bör då tänka på att själva sjukdomen/tillståndet kan utgöra en större risk för fostret/barnet än det läkemedel man måste välja, t ex vid epilepsi, astma och autoimmuna sjukdomar.

Farmakokinetik

Det sker stora fysiologiska förändringar under en graviditet och dessa kan påverka ett läkemedels omsättning. Man får vätskeansamling och uppluckring av alla vävnader. Plasmavolymen ökar, proteinbindningen i plasma minskar, blodflödet i lungor och njurar ökar, clearance via njurar och lever ökar. I vissa fall har läkemedlet ett snävt terapeutiskt fönster och behandlingen måste då styras via mätningar av serumkoncentrationen (gäller t ex fenytoin).

De flesta läkemedel (och alkohol!) passerar placentan passivt via enkel diffusion, vilket innebär att fostret snabbt får samma koncentration i blodet som mamman (lättast passerar fettlösliga, lågmolekylära substanser).

Gruppering av läkemedel för bruk under graviditet

Grupp A

Äldre läkemedel som med stor sannolikhet intagits av många gravida och klinisk erfarenhet talar emot skadlig inverkan, samt läkemedel som i kontrollerade studier undersökts och befunnits ofarliga för människa.

Grupp B

Läkemedel som antas ha använts i begränsad omfattning under graviditet, men där man inte sett några skadeeffekter.

Under grupp B finns tre undergrupper:

- B1 inga skadeeffekter i djurförsök.
- B2 inga skadeeffekter, men djurförsök har utförts i begränsad omfattning.
- B3 ökad skaderisk visad i djurförsök, men betydelsen för människa är oklar.

Grupp C och D

I dessa grupper har man antingen på människa konstaterat skadeeffekter eller kan befara sådana med tanke på preparatets verkningsmekanism – i grupp C dock inte direkta missbildningar.

En del läkemedel passerar placentan långsammare, men hastigheten har som regel ingen större betydelse vid långtidsbehandling då samma koncentration som hos modern så småningom uppnås.

Ett av de viktigare undantagen är heparin, som pga sin storlek och starka laddning inte passerar placentabariären i signifikant mängd. Warfarin ska i de flesta fall ersättas av heparin/LMH och endast ges på stark indikation om andra alternativ är ineffektiva. Se även kapitlet Venös tromboembolism och medel mot trombos, s 214, respektive Kliniskt farmakologiska principer, s 1102.

Bedömning av risker för fostret

Sedan flera decennier krävs, för registrering av nya läkemedel, särskilda tester för deras effekter på reproduktionen och sedan mer än 30 år tillämpar vi i Sverige ett klassificeringssystem för bedömning av ett läkemedels användbarhet under graviditet (se

Råd till fertila

kvinnor med olika sjukdomar

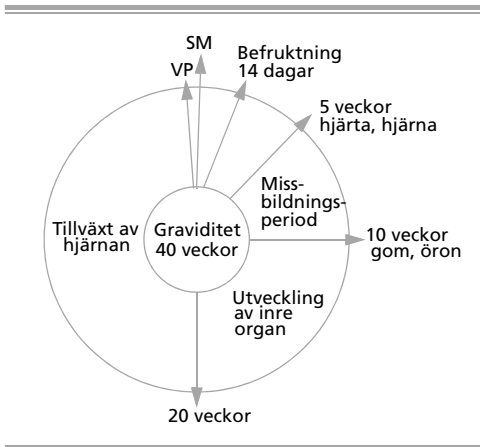
Vid nedanstående tillstånd bör fertila kvinnor rådås att om möjligt söka läkare för rådgivning och kontroll inför planerad graviditet. Om de blir oplanerat gravida bör de söka så tidigt som möjligt i graviditeten.

Diabetes	Optimera blodsockernivån. Byt peroral behandling till insulin.
Epilepsi	Optimera behandlingen. Sätt in folsyra.
Tyreoidea-sjukdomar	Viktigt att vara eutyreoid. Färdigbehandla tyreotoxikos före graviditet.
Autoimmuna sjukdomar	Riskanalys. Kvinnan ska vara i remission före graviditet.
Hypertoni	Byt preparat om kvinnan behandlas med kalciumantagonister, ACE-hämmare eller angiotensin II-receptorantagonister (ARB).

Faktaruta 1 samt komplett beskrivning i Fass). För äldre läkemedel har oftast inga undersökningar gjorts. För många av dem har dock mångåriga erfarenheter på gravida kvinnor visat att de utan risk kan användas under graviditet.

Djurförsök kan ge en viss uppfattning om eventuell skaderisk, men är inte direkt tillämpbara på människa. Artskillnaderna är stora, även mellan försöksdjuren (oftast mus, råtta eller kanin). Många läkemedel ger upphov till missbildningar hos djur men inte hos människa – kliniskt viktiga exempel är acetylsalicylsyra och kortikosteroider. Exempel där risken tidigare överdrivits är antiepileptika och litium – båda dessa medel kan behöva användas på mammans indikation.

Rakt motsatt har talidomid, som ger fokomelier hos människa, inte givit upphov till missbildningar hos vanliga försöksdjur, bara på primater och då i högre doser. Talidomid finns åter i den terapeutiska arsenalen, i Sverige huvudsakligen som immun-



Figur 1. Graviditetsklocka: Klockan 12 är sista menstruationens första dag (SM) och väntad partus (VP). Zonen för missbildningsrisk ligger i regel före tidpunkten för inskrivning på mödravårdscentralen. Risken börjar vid 4 fullgångna veckor + 3 dagar och har en glidande övergång från 10 till 14 veckor (L Grennert).

modulerare och vid behandling av vissa cancerformer.

Man måste vara medveten om att klassificeringssystemet inte tar hänsyn till beredningsform eller dos, utan bara till substans. Exempelvis får en salva med svag steroid för lokalt bruk samma gruppering som potenta lösningar för injektion. Systemet tar inte heller hänsyn till tidpunkten i graviditeten då läkemedlet ska användas. Ett läkemedel som befaras ge upphov till missbildningar kan kanske användas senare i graviditeten – och vice versa kan ett preparat accepteras i tidig graviditet om det enbart befaras ge negativa effekter först i sista trimestern.

Vid rådgivning till kvinnor som behandlas med läkemedel som misstänks kunna ge missbildningar, är det viktigt att känna till när under graviditeten dessa kan förväntas uppstå (se Figur 1).

Information till den fertila/gravida kvinnan

Det finns en stor medvetenhet bland fertila kvinnor att viss medicinering kan skada fostret. Alla tidskrifter om graviditet och böcker i detta ämne, men framför allt olika

internetsajter, har bidragit till ökade kunskaper, ökad försiktighet och ökad oro. Oftast är rädslan för ett visst läkemedel obefogad eller överdriven.

Rädslan är inte enbart positiv, den kan också innebära risker. Kvinnan kanske avslutar en behandling som är väsentlig för henne och kanske också för fostret (astma, epilepsi, autoimmuna sjukdomar). Panikutsättning av t ex SSRI-preparat kan ge utsättningsproblem för kvinnan – sannolikt även för fostret – och medför ökad risk för återinsjuknande med eventuella konsekvenser för kvinnan och fostret.

Före graviditet

Medicinering av fertila kvinnor fordrar mycket goda kunskaper hos behandlande läkare och en medvetenhet om problemställningarna. Preparatvalet är av stor betydelse då väldigt många graviditeter är oplanerade. Om sjukdomen gör att man måste behandla med läkemedel som tillhör grupperna C eller D måste kvinnan nogt informeras om vad detta innebär om hon skulle bli gravid, och att vid graviditet inte sluta med medicineringen utan läkarkontakt.

Om man måste byta terapi (typexempel från warfarin till heparin) måste man förklara vikten av att planera en eventuell graviditet – och varför. Specialistmödravården vid de förlösande kvinnoklinikerna tar gärna emot icke-gravida kvinnor för rådgivning inför en planerad graviditet. Barnmorskor och läkare kan också få rådgivning per telefon.

Under tidig graviditet

Endast ett fåtal läkemedel ger en väsentligt ökad risk för organmissbildningar – undantag utgör vissa cytostatika, speciellt metotrexat och vitamin A-analoger. Det är i övrigt ytterst sällsynt att det finns indikation för att avbryta en graviditet pga läkemedelsintag. Man måste alltid informera kvinnan nogt och det kan vara klokt att bygga resonemanget kring texten i Fass/Patient-Fass eftersom den utgör grunden för den information kvinnan får från apotekspersonalen och i bipacksedlar m m.

Man bör också tänka på att en del befara-de missbildningar kan uteslutas med en riktad ultraljudsundersökning.

**Information om
läkemedel och graviditet**

- www.fass.se
Senaste upplagan av Fass (uppdatering sker fortlöpande).
- www.janusinfo.se
Janus är Stockholms läns landstings webbsida där man kan hitta information om läkemedel och fosterskador respektive läkemedel och amning.
- www.infpreg.se
Samlad kunskap om infektioner under graviditet med förslag till handlingsplan (uppdateras regelbundet).

Folsyra

I Sverige föds det årligen 20–25 barn med ryggmärgsbräck, dessutom aborteras ca 80 foster med ryggmärgsbräck som upptäcks vid rutinultraljud i graviditetsvecka 16–18. Många studier har visat att folsyratillskott minskar risken för neuralrörsdefekter (NTD). Frekvensen NTD i USA uppges ha minskat sedan FDA 1998 genomförde en generell folsyraberikning av mjöl. I Sverige har ingen generell folsyraberikning av mjölprodukter införts då de möjliga epidemiologiska riskerna med ett generellt överskott inte anses tillförlitliga.

Eftersom många graviditeter inte är planerade rekommenderar Livsmedelsverket alla fertila kvinnor som kan tänkas bli gravida 400 mikrog folsyra/dag genom att ta kosttillskott/tabletter eller genom att äta minst 500 g frukt och grönt, som innehåller mycket folat, samt välja fullkornsprodukter. För att ha effekt på NTD bör ett sådant intag ha börjat en månad före befruktning och är särskilt viktigt under graviditetens första 12 veckor. Kvinnor som tidigare fött barn med NTD, tar medicin mot epilepsi eller har en tarmsjukdom som förhindrar normalt upptag av folsyra bör få ett tillskott på 5 mg/dag.

Folater är viktigt även under den resterande delen av graviditeten men Livsmedelsverket menar att behovet för de flesta gravida kan tillgodoses genom kostråd. Tvillinggravida kvinnor behöver ett tillskott av folsyra om 400 mikrog/dag.

**Råd till kvinnor
med graviditetsillamående**

- Ät små och täta måltider. Ha gärna något på nattduksbordet att inta före uppstigandet.
- Ersätt förlorad vätska vid kräkning
- Ät kolhydratrika mellanmål
- Pröva att minska på animaliskt protein
- Pröva om kokt mat tolereras bättre än stekt
- Pröva att minska kaffe konsumtionen
- Pröva med mineralvatten som ibland kan lindra besvären

Kvinnor med anemi kan behöva ett tillskott av folsyra, detta ordineras individuellt efter analys av blodstatus. Kvinnor med talassemia eller sicklecellanemi ska ha 5 mg folsyra/dag, men inget eller sparsamt tillägg av järn.

**Graviditets-
relaterade symtom och besvär****Illamående**

Omkring tre fjärdedelar av de gravida kvinnorna upplever någon form av illamående och hälften av dessa även av kräkningar. Mindre än 1% drabbas av den svåra formen, hyperemesis gravidarum. I de flesta fall försvinner besvären före 20 graviditetsveckor. Psykologiska faktorer och gastrointestinal dysfunktion kan ha viss betydelse för etiologin men sannolikt spelar nivån av graviditetshormoner, speciellt hCG den största rollen.

I lindriga fall kan det räcka med kostråd och livsstilsförändringar, till exempel att äta små men många mål om dagen. Om behandling utöver kostråd fordras, kan kvinnan pröva något av de receptfria åksjukepreparaten. I andra hand kan man förskriva något av de beprövade antihistaminpreparaten med antiemetisk effekt (t ex prometazin, meklozin). Då behandlingsperioden oftast är kort och i början av graviditeten kan man också förskriva det dopaminreceptorblockerande läkemedlet metoklopramid (Primperan), som även har en motorikstimulerande effekt.

Hos kvinnor med uttalade besvär kan det bli nödvändigt med sjukhusvård och parenteral nutrition.

Råd till gravida med halsbränna

- Ät små och täta måltider
- Pröva mjölk och yoghurt som kan lindra
- Undvik fruktjuice och citrusfrukter
- Undvik kolsyrade drycker
- Minska konsumtionen av mycket fet, starkt kryddad och rökt mat

Halsbränna och dyspepsi

Nära hälften av alla gravida får besvär med halsbränna på grund av atoni i esofagus och ventrikel. Symtomen uppträder oftare i senare hälften av graviditeten. Råd angående kost och livsstil har stor betydelse vid behandlingen liksom användning av antacida eller alginater.

Om kvinnan har svårare besvär kan man använda sukralfat eller protonpumpshämmare. Erfarenheterna av dessa är större än för H₂-receptorblockerare.

Epigastralgi

Epigastralgi bör utredas, magsår och gallstenar uteslutas. Om kvinnan är palpationsöm i epigastriet och/eller över levern bör obstetriker konsulteras för att utesluta HELLP-syndrom (se under hypertoni). Observera att tillståndet är akut.

Förstoppning

Ungefär en tredjedel av de gravida kvinnorna drabbas av förstoppning, framför allt på grund av en hormonellt betingad förlängd tarmpassage. De bör därför tidigt rådas att börja med fiberrik kost och öka vätskeintaget som stimulerar tarmmotoriken och förkortar passagetiden genom tarmen. Det är också viktigt att upprätthålla en hög fysisk aktivitet.

Om dessa råd inte hjälper är förstahandsvalet laxantia i form av bulkmedel eller osmotiskt verkande medel. Tarmirriterande medel bör endast användas under kortare perioder och i hårdnackade fall.

Hemorroider

Yttre hemorroider behandlas endast om de ger symtom. Inre hemorroider behandlas genom att förebygga förstoppning och med suppositorier för att lindra smärtor och irritation. Eventuell injektionsbehandling eller

gummibandsligatur på gravida kvinnor bör utföras av van kirurg. Se vidare kapitlet Anorektala sjukdomar, s 142.

Nästäppa

På grund av hormonpåverkan blir slemhinorna i andningsvägarna svullna och får ökad genomblödning och en av fem gravida kvinnor besväras av nästäppa. Nästäppan kan förvärras av rökning och allergi. Speciellt på natten kan den bli besvärande och störa sömnen. Många kvinnor använder därför ofta kärksammandragande näsdroppar under för långa perioder. De bör avrådas användning av sådana läkemedel i mer än en vecka då de snarare kan förvärra nästäppan och leda till rinit.

Många kan ha nytta av spray eller sköljning med koksalt. Antihistaminer har oftast dålig effekt medan de flesta blir hjälpta av nässpray innehållande kortison.

Näsblödning

På grund av slemhinnepåverkan enligt ovan får gravida kvinnor lättare näsblödning än när de inte är gravida. Oftast innebär blödningarna inga större problem och sällan fordras etsning av de blödande kärlen.

Hjärtklappning

Hjärtminutvolymen ökar med upp till 50% under graviditeten – huvudsakligen genom ökning av slagvolymen men också i viss mån genom ökning av frekvensen (15–20 slag/minut under graviditetens förlopp). En del kvinnor upplever att hjärtat ibland slår fort eller slår extraslag. I avsaknad av andra symtom är detta inte någonting onormalt. I uttalade fall bör hjärtsjukdom och tyreotoxikos uteslutas.

Andfåddhet

Hormonella, hemodynamiska och mekaniska orsaker gör att tre fjärdedelar av de gravida kvinnorna upplever andfåddhet i sista trimestern. I mer uttalade fall måste anamnes och fysikalisk undersökning utesluta hjärtsjukdom, astma och lungemboli.

Humörförändringar

Under graviditeten blir många kvinnor mer labila, de kan ha lättare till gråt och

ilskna utbrott men också lättare att känna sig lyckliga. Känsloerna kan åka berg- och dalbana och kan bli svåra att hantera både för dem själva och omgivningen, de kan få skuldkänslor och skämmas över sitt beteende. I behandlingen ingår samtal för att få kvinnan att acceptera det som normalt under graviditeten och att ge råd om hur hon ska hantera sina känslor och omgivningen.

Sömnrubbingar

Sömnsvårigheter är vanliga men behöver sällan leda till behandling. Man måste undvika bensodiazepiner och bensodiazepinliknande sömnmedel då de är vanebildande och besvären tenderar att kvarstå under en stor del av graviditeten. Om man måste ge ett sömnbefrämjande medel kan man försöka med propiomazin eller valeriana som båda tillhör grupp A och har låg tillvänjningsrisk.

Huvudvärk

Det är mycket vanligt med huvudvärk i första trimestern då graviditetshormonerna stiger som kraftigast. Andra anledningar till huvudvärk vid alla tidpunkter i graviditeten är stress, nedstämdhet och trötthet – i senare delen spänningar och felaktiga arbetsställningar. Råd angående avslappning och stressbehandling hjälper i många fall. Medikamentell behandling med paracetamol räcker oftast.

En gravid kvinna kan naturligtvis få huvudvärk av alla de skäl som en icke-gravid kvinna och i envisa fall måste utredning göras – särskilt om kvinnan inte känner igen huvudvärken sedan före graviditeten. I senare halvan av graviditeten måste man utesluta att huvudvärken är ett tecken på "havandeskapsförgiftning" (se avsnittet Graviditet i kapitlet Hypertoni, s 310).

Sjuttio procent av alla kvinnor med migrän blir bättre under graviditeten. Av de kvarstående 30 procenten får de flesta dras med en oförändrad sjukdom, mycket få försämras. Därför är behovet av förebyggande medicinering med betablockerare eller pizotifen litet och man kan försöksvis sätta ut en eventuell sådan behandling. Av triptanerna är sumatriptan väldokumenterat för användning under graviditet och har ofta god anfallsbrytande effekt.

Ryggbesvär och foglossning

Mellan hälften och tre fjärdedelar av alla gravida kvinnor upplever ryggont under någon period av graviditeten. Drygt en tredjedel får besvär på grund av foglossning med början kring graviditetsvecka 24. I motsats till ryggsmärtor kan foglossning inte botas under graviditeten men man kan förlångsamma progressen och åstadkomma god smärtlindring med sjukgymnastik och belastningsråd. Smärtlindring kan också åstadkommas med akupunktur och TNS. Vid svårare smärtor kan man rekommendera paracetamol, eventuellt i kombination med dextropropoxifen.

Sjukdomar under graviditet

Smärttillstånd

Kvinnor som tagit acetylsalicylsyra (ASA) i tidig graviditet behöver inte vara oroliga – man har inte registrerat någon ökad missbildningsrisk hos människa. ASA påverkar trombocytfunktionen, och använt dagarna före förlossningen ökar blödningsrisken för såväl mamma som barn. Man avråder från användning i tredje trimestern då man har sett en förtidig förträngning av ductus arteriosus med pulmonalishypertension och neonatal andningsinsufficiens som följd. Rädslan för de negativa effekterna är emellertid överdriven och effekterna är klart dosberoende – inom obstetrikerna används på vissa patientkategorier lågdos ASA-behandling (75 mg ASA/dag) under hela graviditeten utan negativa effekter.

Paracetamol tillhör grupp A och kan i rekommenderade doser användas av gravida kvinnor.

Ibland måste man behandla med NSAID, till exempel vid gallstens- eller njurstensanfall. Man avråder från behandling under sista trimestern. Gäller det enbart korta behandlingsperioder kan man dock ge NSAID under hela graviditeten. De negativa effekterna är i stort sett desamma som för ASA.

Opioider kan utan risk användas vid behandling av akuta och tillfälliga, snabbt övergående smärtor.

Anemi

Anemi under graviditet definieras som Hb < 110 g/L. På grund av hemodilution är Hb

som lägst kring graviditetsvecka 24–32 och ungefär 10% av de gravida kvinnorna har då ett Hb < 110 g/L utan att det är onormalt.

Behovet av järntillskott under graviditet varierar betydligt mellan kvinnor beroende på deras järnstatus. Därför rekommenderar man idag ferritin-screening i samband med första Hb-kontrollen i tidig graviditet. Vid S-ferritin < 20 mikrog/L påbörjas järnterapi redan i tidig graviditet, vid S-ferritin 20–60 mikrog/L påbörjas järnterapi från mitten av graviditeten och vid S-ferritin > 60 mikrog/L behövs inget järntillskott. Lämplig dosering är 30–50 mg järn/dag (1 tablett varannan dag).

Järnbristanemi behandlas med 100–200 mg järn/dag i fördelade doser och med noggranna råd angående intag. Ibland ges tillskott av C-vitamin och/eller folsyra. Endast i undantagsfall måste man övergå till intravenös tillförsel av järn.

Anemi som konstateras redan vid inskrivningen beror oftast på järnbrist. Hos kvinnor med invandrarbakgrund måste man emellertid även tänka på talassemi och sickle-cellanemi, båda dessa tillstånd bör skötas av obstetriker.

Hypertoni

Någon form av högt blodtryck ($\geq 140/90$ mm Hg) drabbar 7–8% av alla gravida kvinnor. Den vanligaste formen är graviditetshypertoni (4–5%) där blodtrycket är normalt i första halvan av graviditeten för att därefter stiga – blodtrycket normaliseras som regel under puerperiet. Kronisk hypertoni är diagnostiserad före graviditeten eller åtminstone före graviditetsvecka 20. Båda typerna av hypertoni kan senare kompliceras av preeklampsi.

Preeklampsi (hypertoni och proteinuri efter graviditetsvecka 20) är en vaskulär systemsjukdom som karaktiseras av kärlkonstriktion som, förutom placenta också kan omfatta njurar, lever, hjärna, hjärta och lungor. Detta kan leda till eklampsi med kramper före, under eller efter förlossningen.

En särskild typ av preeklampsi med svår organpåverkan är det så kallade HELLP-syndromet (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets), som innefattar hemolys, leverpåverkan med förhöjda aminotrans-

feraser och trombocytopeni. Kvinnan är ofta palpationsöm över levern. Tillståndet fordrar akut intensivvård på förlossningsavdelning.

Behandling av måttlig hypertoni (140–150/90–100 mm Hg) inleds ofta med en rekommendation om vila med hel sjukskrivning.

Många läkemedel är godkända vid hypertoni under graviditet. Det finns dock inga studier över måttlig blodtrycksstegring som visar att behandling under graviditet leder till minskade risker för moder eller barn. Behandling under graviditet kan inte heller förhindra uppkomst av eventuell toxikos.

Vid blodtryck $\geq 160/110$ mm Hg finns risk för maternella komplikationer och behandling inleds eller potentiernas alltid. Om kvinnan uppvisar symtom på blodtrycksstegring i form av cerebrala symtom eller illamående kan det bli aktuellt med akut blodtrycks-sänkning. Detta kan ske med nifedipin peroralt, labetalol intravenöst eller dihydralazin (licenspreparat) intramuskulärt. Effekt uppnås efter 5–20 minuter. Lämplig underhållsbehandling kan vara nifedipin, labetalol eller metyldopa. Vid svår preeklampsi minskar infusion med magnesiumsulfat risken för utveckling av eklampsi – behandlingen reserveras för kvinnor där man beslutat sig för att avsluta graviditeten och avvaktar effekten av steroidbehandling till mamman i syfte att utmogna fostrets lungor. Jämförande studier av olika behandlingsalternativ vad beträffar hypertoni och eklampsi saknas.

Metyldopa, labetalol, pindolol, hydralazin kan användas under hela graviditeten.

Kalciumantagonister (t ex de kärlselektiva isradipin och nifedipin) ger en ökad missbildningsrisk (djurförsök) men kan användas i senare delen av graviditeten. Även i gruppen direkt hjärtslektiva kalciumantagonister har man sett en ökad missbildningsrisk (djurförsök) – i praktisk verksamhet bör tills vidare alla kalciumantagonister undvikas i tidig graviditet.

ACE-hämmare och angiotensin II-receptorantagonister (ARB) ska undvikas under graviditet då de kan ge missbildningar och framför allt är förknippade med neonatal morbiditet och mortalitet.

Den befarade risken för fosterbradykardi vid behandling med betablockerare har

knappast någon klinisk relevans. Man ska helst undvika icke-selektiva betablockerare, som propranolol, som kan ge postnatal hypoglykemi. Lägre foster- och placentavikt har påvisats vid långtidsbehandling med den beta-1-selektiva blockeraren atenolol. Om, utöver högt blodtryck andra symtom på preeklampsi tillstöter bör den gravida kvinnan remitteras akut till obstetiker.

Allergi/astma

Allergi behandlas på samma sätt för gravid kvinna som för icke-gravid. Fortfarande rekommenderas dock användning av något av de äldre välbeprövade antihistaminpreparaten, till exempel klemastin – även om det för de nyare antihistaminerna inte finns belägg för att de orsakar missbildningar hos människa.

Av gravida kvinnor med astma får en tredjedel mindre besvär, en tredjedel mår som förut och en tredjedel får mer besvär.

För både mammans och fostrets del är det mycket viktigt att astman under graviditeten är optimalt behandlad. Även under graviditet rekommenderas inhalationssteroider som grundbehandling. Varken adrenergika eller antikolinergika är kontraindicerade – inte heller under tidig graviditet. För de ganska nya leukotrienantagonisterna finns inga belägg för att de orsakar missbildningar men rekommenderas ännu endast om de erfordras för behandlingsresultatet och inte för rutinmässig användning.

Endokrina rubbningar

Diabetes

Fertila kvinnor med diabetes bör informeras om att söka för prekonceptionell rådgivning. På grund av missbildningsrisken är det viktigt att blodsockervärdena är så normala som möjligt redan mycket tidigt i graviditeten. Peroral behandling byts alltid till insulin, helst före en graviditet.

Under en graviditet minskar känsligheten för insulin och kroppen kompenserar för detta genom att producera 2–3 gånger mer insulin efter måltid. Det innebär att kvinnor med manifest diabetes före graviditeten får ett ökande insulinbehov från vecka 12 till vecka 32–36, varefter behovet oftast är oförändrat eller ibland något sänkt. På grund av ökad risk för komplikationer hos

kvinnan själv och risk för fosterkomplikationer bör graviditetsövervakning ske av obstetiker i samråd med diabetolog.

Graviditetsdiabetes, GDM (1–3% av alla gravida) är diabetes som uppstår under en graviditet och beror på en nedsatt glukostolerans – sannolikt orsakad både av den ökande insulinresistensen och av minskad förmåga till insulinfrisättning. Diagnos ställs oftast genom slumpmässig screening av serumglukos 4–6 gånger under graviditeten. Vid värden ≥ 9 mmol/L rekommenderas OGTT (oralt glukostoleranstest). På en del håll screenar man primärt med OGTT kring graviditetsvecka 28.

I de flesta fall kan man hålla blodsockret på en acceptabel nivå genom kostkorrigering, men ungefär var 10:e kvinna behöver få insulin.

En kvinna som har haft graviditetsdiabetes har en 70%-ig risk att senare i livet utveckla typ 2-diabetes. Hon bör därför kallas för råd och kontroll något år efter förlossningen.

Hypothyreos

Omkring 1% av fertila kvinnor har hypothyreos. Kvinnor med även måttlig hypothyreos har större risk för missfall och senare andra graviditetskomplikationer samt försämrad mental och somatisk utveckling hos barnet. Det är viktigt att optimera tyroxinsubstitutionen före en graviditet. Under graviditeten behöver 50–75% av tyroxinbehandlade kvinnor öka tyroxindosen med 25–50%. Behovet uppstår för det mesta redan i 1:a trimestern men kan även komma senare. Substituerade kvinnor bör kontrolleras med TSH och fritt T4 var 8:e vecka – vid dosjustering efter 4–6 veckor.

Graves sjukdom – Tyreotoxikos

Tyreotoxikos ökar risken för missfall, prematur födsel, preeklampsi, intrauterin tillväxthämning samt fetal och neonatal tyreotoxikos. Behandling av den gravida tyreotoxiska kvinnan är klart indicerad och vid korrekt genomförd behandling är prognosen utmärkt. Behandlingen bör skötas av endokrinolog i samarbete med obstetiker.

TSH-receptorantikroppar (TRAK) förekommer hos 80–90% av patienter med Graves tyreotoxikos. Även kvinnor som tidigare

opererats eller behandlats med radioaktivt jod och är eutyreoida med hjälp av tyroxin kan ha kvarstående TRAK under flera år. Dessa kan under graviditeten gå över till fostret och ge fetal eller neonatal tyreotokikos. TRAK bör kontrolleras kring graviditetsvecka 22–24 och om de då är förhöjda bör fosterövervakningen med fosterljud intensifieras.

Tyreotokikos behandlas med tyreostatika (i sällsynta fall kirurgi) – i Sverige används propyltiouracil (Tiotil) och tiamazol (Thacapzol). Propyltiouracil är förstahandspreparat då det anses passera placenta i mindre utsträckning än tiamazol och inte är associerat med utveckling av aplasia cutis. Se även kapitlet Tyreoidesjukdomar, s 579.

Hyperprolaktinemi

Vid hyperprolaktinemi avbryts behandlingen med bromokriptin redan i tidig graviditet. Kontroller av prolaktinnivån i serum är meningslösa eftersom prolaktin stiger kraftigt under en graviditet. Man brukar utföra synfältsundersökningar några gånger under graviditeten. Man måste vara uppmärksam på tillstötande huvudvärk, illamående och synrubbingar.

ICP, graviditetsklåda

ICP (Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy), graviditetsklåda, hepatos, kolestas drabbar 1–1,5% av alla gravida. De flesta insjuknar i tredje trimestern (65%) men 10% kan insjukna redan i första trimestern.

Tillståndet ger upphov till generell klåda utan utslag, förhöjda S-gallsyror, hos hälften förhöjda aminotransferaser och hos en fjärdedel förhöjt S-bilirubin.

Klådan finns ofta både på buken, armar och ben – patognomont är klåda i handflator och på fotsulor. Klådan försvinner prompt efter förlossningen när graviditetshormonerna sjunker.

Graviditetshormonerna bryts ner i levern till gallsyror och pga delvis ökända faktorer (ärfliga spelar in) transporteras de inte bort på normalt sätt och mängden gallsyror i blodet ökar.

Kontroll och behandling av dessa kvinnor är viktig eftersom tillståndet är relaterat till prematuritet, intrauterin död och asfyxi i samband med förlossningen. Handlägg-

ning måste ske på specialist-MVC eller via förlossningsavdelning. Klåda vid icke eller måttligt förhöjda gallsyror kan behandlas med antihistaminer, till exempel klemastin.

Dermatoser

Hudsjukdomar förekommer lika ofta hos gravida som hos icke-gravida kvinnor, men graviditeten kan modifiera vissa dermatoser – vissa förbättras men de flesta försämras. Neurofibromatos kan debutera eller försämrans under en graviditet. Erythema multiforme kan debutera under en graviditet som kan vara en triggerfaktor.

Graviditetspemfigoid

Graviditetspemfigoid (förr herpes gestationis) eller gestationspemfigoid är en mycket ovanlig autoimmun dermatos (1 fall/10 000–60 000 gravida) men viktig att diagnostisera därför att den kan vara livshotande för modern och innebär en ökad risk för prematur förlossning och intrauterin fosterdöd.

De primära utslagen är papulovesikler, som ofta är grupperade på rodnad eller urtikariell botten. Ibland övergår de till bullae och i ett senare skede förekommer kruster och exkoriationer. Utslagen startar ofta på buken men kan sprida sig till hela kroppen, inklusive handflator och fotsulor. Sjukdomen går ofta i spontan regress efter förlossningen.

Behandlingen är i lättare fall lokala steroider, i svårare fall systemisk steroidbehandling.

Vid misstanke på graviditetspemfigoid remitteras kvinnan till hudläkare som verifierar diagnosen med immunfluorescensbiopsi.

PUPP

PUPP (Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy) (1 fall/130–300 gravida) är en intensivt kliande dermatos som debuterar i tredje trimestern av graviditeten. Den är vanligast bland primogravida och försvinner spontant efter partus. De primära lesionerna är erytematösa och ödematösa papler och plack, initialt på buken och vanligen i striae. De kan sprida sig till andra delar av kroppen men inte handflator och fotsulor. Vid lindriga former kan man använda sig av zinkliniment men oftast be-

hövs lokala steroider och i svåra fall systemiska kortikosteroider.

Epilepsi

Kvinnor i fertil ålder med epilepsi bör informeras om att söka för kontroll och råd före en planerad graviditet. Behandlingen kan behöva justeras (se nedan) och kvinnan bör rådas att börja med folsyra (5 mg/dag), minst 1 månad före en graviditet. Epilepsisjukdomen som sådan försämras inte under en graviditet. En till två procent får tonisk-kloniska anfall under graviditeten. Risken för sådana anfall är 10 gånger högre under värkarbete, förlossning och dygnet efter. Den generella risken för status epilepticus (1%) tycks inte vara förhöjd under graviditet.

Epilepsi är exempel på en sjukdom som obehandlad är farligare för fostret än medicineringsingen. Tonisk-kloniska kramper, speciellt i form av grand mal, kan ge fosterasfyxi och intrauterin död. Missbildningsrisken vid behandling med antiepileptika är något förhöjd. Man bör eftersträva monoterapi, liksom att behandla med lägsta effektiva dos. Missbildningsrisken vid behandling med antiepileptika är då ökad från ca 3% till ca 5%. Vid användning av mer än ett preparat är risken för missbildningar högre. Se även kapitlet Epilepsi, s 878.

De huvudsakliga missbildningarna för antiepileptika är hjärtmissbildningar och ryggmärgsbräck – båda dessa tillstånd kan diagnostiseras med ultraljud före övre tidsgränsen för avbrytande av en graviditet. Det finns en ökad risk för blödning hos nyfödda till mödrar som medicinerar med enzyminducerande preparat (fentyoin, barbiturater, karbamazepin, topiramid, oxkarbazepin och lamotrigin) och kvinnan bör därför ordinerats behandling med vitamin K de sista graviditetsmånaderna.

I de flesta fall kan man genom adekvat och frekvent övervakning hålla en god anfalls-kontroll under själva graviditeten. Serumkoncentrationen av beprövade antiepileptika sjunker under graviditeten, till stor del beroende på en minskad proteinbindning. Man måste därför mäta den fria fraktionen.

Amning kan i de flesta fall tillåtas då utsondringen via bröstmjolk för de flesta antiepileptika är ringa.

Infektioner

INFPREG (www.infpreg.se) är en databas för samlad kunskap om infektioner under graviditet och med förslag till handlingsplan.

Flytningar

På grund av hormonförändringarna under graviditeten sker en uppluckring och kraftig kärlnybildning i slemhinnorna i underlivet. Detta ger upphov till den typiska lividiteten med vulstiga blåviolettera slemhinnor och får inte förväxlas med inflammerade slemhinnor. Det sker en ökad avstötning av glykogenfyllda epitelceller och detta ger upphov till den ofta rikliga, luktfria, vitaktiga fysiologiska flytningen.

Candidainfektion

Candidainfektion är mycket vanlig under graviditet pga den ökade avstötningen av glykogenfyllda celler och ett nedsatt cellmedierat lokalt immunförsvar. Symtomfri infektion behöver inte behandlas eftersom candidaövergång på det nyfödda barnet är sällsynt. Ofta är dock problemet en intensiv och för kvinnan plågsam klåda som kan vara tämligen svårbehandlad under graviditeten. Behandling med vagitorier är numera egenvårdsbehandling. Det är vanligt med recidiv efter en kort intensivbehandling med ekonazol- eller klotrimazolvagitorier. Man kan då rekommendera lägsta dos av vagitorierna varannan dag och under lång tid, upp till flera månader.

Urinvägsinfektioner

Bakteriuri är vanligare under graviditet än hos icke-gravida kvinnor. Bakteriell cystit förekommer hos 1–2% av gravida kvinnor. Asymtomatisk signifikant bakteriuri (ABU) förekommer hos 2–8%. Detta är värt att observera eftersom obehandlad ABU kan ge prematur förlossning och hos 25–30% pyelonefrit. Man rekommenderar därför screening för ABU vid följande riskfaktorer: tidigare behandlad urinvägsinfektion, positiv nitrittest, njurskada, diabetes mellitus och autoimmun sjukdom. Bäst screeningtidpunkt under graviditeten är vecka 9–16. Se även kapitlet Urinvägsinfektioner, s 395.

Escherichia coli och Staphylococcus saprophyticus står för 90–95% av infektionerna

och behandlas vid $\geq 10^3$ bakterier/mL, övriga stammar vid mängder $\geq 10^4$ bakterier/mL.

Vid behandling av såväl cystit som ABU är förstahandsvalet nitrofurantoin¹ eller pivmecillinam alternativt cefadroxil. Kontroll med urinodling bör göras 2 veckor efter avslutad kur och därefter med 5–6 veckors intervall fram till partus. Vid recidiv ger man ny behandling en gång, därefter kan man ge recidivprofylax med nitrofurantoin 50–100 mg till natten fram till partus då det sätts ut. Nitrofurantoin ska inte ges till den ammande mamman under barnets första levnadsmånad på grund av risk för hemolytisk anemi.

Akut pyelonefrit uppträder hos 1–2% av de gravida. Predisponerande är den fysiologiska dilatationen av urinvägarna med relativ stas, ABU samt missbildningar eller tidigare njurskada. Pyelonefrit hos gravid kvinna är alltid sjukhusfall då det kan complieras av prematura värkar och hotande förtidsbörd. Sepsis och lungkomplikationer kan tillstå. Behandling är alltid initialt intravenös antibiotika och per os i minst 10–14 dagar. Recidivprofylax ges fram till partus (se ovan).

Kontrollodling bör göras någon månad efter förlossningen om kvinnan haft pyelonefrit eller upprepade urinvägsinfektioner under graviditeten.

Andra infektioner

Penicilliner och andra betalaktamantibiotika som tillhör våra vanliga förstahandsmedel kan användas utan risk vid graviditet (grupp A). Flera av alternativpreparaten tillhör grupp A eller B, medan andra bör undvikas. För en fullständig översikt rekommenderas INFPREGs hemsida (www.infpreg.se).

Makrolidantibiotika (t ex erytromycin) bör undvikas då det misstänks kunna ge hjärtkärlmissbildningar under tidig graviditet. Det finns inga data som talar för att man bör avråda från användning av makrolidantibiotika under andra och tredje trimestern.

1. OBS! Nitrofurantoin kan inducera hemolytisk anemi hos personer med brist på glukos-6-fosfatdehydrogenas. Då hemolytisk anemi även kan induceras hos nyfödda är nitrofurantoin kontraindicerat hos kvinnor som ammar barn yngre än 1 månad och ska endast ges efter särskilt övervägande i omedelbar anslutning till förlossningen.

Två vanliga antibiotikagrupper som bör undvikas, framför allt under senare halvan av graviditeten, är tetracykliner och kinoloner, då de befarats kunna ge tand- och skelettpåverkan, respektive broskpåverkan. Kvinnor, som tagit dessa preparat innan de visste om att de var gravida, kan dock lugnas då någon ökad missbildningsrisk inte kunnat påvisas.

Observera att dosen av vissa vanliga antibiotika, t ex penicillin, pga den ökade plasmavolymen, kan behöva ökas med upp till 50% beroende på infektionstyp och bakteriens känslighet. Mer information om detta finns på INFPREGs webbsida.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa, framför allt depression, ångest och postpartumdepression förekommer hos 10–15% av de gravida kvinnorna. Graviditeten i sig innebär sociala och psykologiska omställningar och att stödja dessa ingår i mödravårdens arbetsuppgifter. Barnmorskan har en central roll när det gäller att observera när ytterligare psykosociala insatser behöver sättas in genom att identifiera riskfaktorer för psykisk ohälsa som kan störa graviditeten, förlossningen och anknytningen till det nyfödda barnet. Tidigare eller aktuella psykiska besvär, traumatiska livshändelser i samband med graviditeten, sexuella övergrepp, ambivalens till graviditeten, problem i parrelationen och missbruk är exempel på psykologiska problem som bör uppmärksammas.

Förstämningssyndrom

I kapitlet Förstämningssyndrom finns ett särskilt avsnitt på s 945 om läkemedel under graviditet och amning.

En tredjedel av de kvinnor som får diagnosen depression under graviditeten förblir deprimerade efter förlossningen.

SSRI används i dag av en hel del kvinnor i fertil ålder och användningen tycks öka. Dagens kunskaper talar för att en kvinna som står på något SSRI-preparat vid ingången i graviditeten bör fortsätta behandlingen under denna och även efter. Graviditeten gör att en del kvinnor blir deprimerade och risken för återinsjuknande vid utsättning av SSRI är stor. Man har noterat beteendeproblem hos barn efter graviditets-

depression (språk, intelligens, emotionell störning). Hos människa har man inte kunnat visa vad som väger tyngst för utvecklingen av beteendeproblem – graviditets- eller postpartumdepression.

Lägsta effektiva dos bör eftersträvas. Vid underhållsdos är, enligt svenska neonatologers erfarenhet, utsättningsproblem hos den nyfödde sällsynta, även om sådana beskrivits i en del studier. Om kvinnan väljer att avsluta sin medicinering ska hon rådas att göra detta gradvis och under loppet av flera veckor. Man bör undvika panikutsättning som kan ge utsättningsssymtom i form av oro, illamående och parestesier – detta drabbar sannolikt också fostret.

Inga undersökningar har kunnat påvisa någon ökad missbildningsrisk av SSRI. Man vet däremot inte om barnets neuroreceptorer påverkas på sikt. Hittills har studier upp till förskoleåldern inte kunnat påvisa någon ökning av inlärnings- eller beteenderubbningar jämfört med jämnåriga barn som inte utsatts för SSRI.

Enstaka kvinnor kan behöva behandling med tricykliska antidepressiva. Dessa medel har i en del studier visat en liten ökad risk för hjärtfel, ökad fostertillväxt och neonatal hypoglykemi pga diabetogen effekt på modern. Man bör i dessa fall utföra fosteranatometrisk undersökning (inklusive fosterhjärtat) med ultraljud. Optimal tidpunkt för fosteranatometrisk undersökning är vid 18–22 graviditetsveckor, men undersökningen kan även utföras senare i graviditeten. Optimal tidpunkt för undersökning av fosterhjärtat är vid 20–22 graviditetsveckor, men även detta kan utföras senare i graviditeten om man inte hunnit med det tidigare.

Litium under första trimestern innebär ökad risk för hjärtanomalier – risken är dock så liten att den inte utgör någon abortindikation. Om preparatet inte kan sättas ut bör kvinnan ta lägsta effektiva dos. Ultraljudsundersökning bör göras för att utesluta fosterhjärtmissbildningar (tidpunkt, se ovan).

Andra läkemedel vid psykisk ohälsa

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande sömnmedel bör undvikas som långtidsbehandling på grund av risken för vanebild-

ning hos mamman och abstinens hos det nyfödda barnet.

Neuroleptikabehandling kräver alltid individuell bedömning både av specialist i psykiatri och obstetrik.

Autoimmuna sjukdomar och inflammatoriska tarmsjukdomar

Autoimmuna sjukdomar innebär under graviditet ofta en ökad risk för kvinnan att försämras och en ökad risk för skov. Vid ett flertal autoimmuna tillstånd bildas IgG-antikroppar som i samband med graviditeten kan passera placenta och påverka denna och fostret. En gravid kvinna med autoimmun sjukdom bör skötas av obstetriker och internmedicinare/reumatolog.

Prognosen för ulcerös kolit och morbus Crohn under graviditet är god. Cirka 75% av de gravida kvinnorna med inflammatorisk tarmsjukdom märker ingen skillnad, drygt 10% försämras och omkring 10% förbättras. En kvinna som blir gravid under remission löper inte större risk för skov än en icke-gravid kvinna medan en kvinna som blir gravid under sjukdomsaktivitet tenderar att kvarstå i skov under hela graviditeten (se kapitlet Inflammatoriska tarmsjukdomar, s 107).

Vid ovan nämnda situationer måste man ofta använda kortikosteroider. Man har med dessa inte sett negativa effekter på fostret i form av missbildningar eller binjurebarks-suppression.

Goda erfarenheter finns också från användning av immunsuppressiva läkemedel. Mest erfarenhet har man av ciklosporin som man kan fortsätta med under graviditeten, utan risk för fosterskada. Azatioprin och loperamid bör användas med viss försiktighet under graviditet, även om riskerna för fosterskada förefaller små. Mesalazin och sulfasalazin, som båda används vid inflammatoriska tarmsjukdomar, har sannolikt ingen ökad risk för fosterskada och används i dag frekvent vid dessa tillstånd under graviditet.

Vid användning av cytostatika (inklusive metotrexat i lågdos vid reumatoid artrit) ska såväl indikation som preparatval bedömas av specialist.

Att beakta vid läkemedelsbehandling under graviditet

- När man ger läkemedel till fertila kvinnor måste man alltid känna till hur medicineringen påverkar en eventuell graviditet.
- En del kroniska sjukdomar är obehandlade ett större hot mot fostret än medicineringen.
- Använd i första hand beprövade läkemedel under graviditet – läkemedel i grupp A–B.
- Vid mediciner under graviditet kommer moderns liv och hälsa i första hand.
- Informera noga – det är kvinnan som ska ta det slutgiltiga beslutet om läkemedelsintag.

Läkemedel och amning

De flesta kvinnor i Sverige väljer att föda upp sitt spädbarn med bröstmjolk under de första 4–6 månaderna. Fördelarna med amningen är välkända och om läkemedelsbehandling till modern blir aktuell bör man i möjligaste mån undvika att störa amningsrytmen av rädsla för biverkningar hos barnet.

Teoretiskt bör amning ske då koncentrationen är som lägst, dvs före nästa läkemedelsdos. I verkligheten är detta svårt att följa då barnets måltider är så oregelbundna. Det är sällan indicerat att avbryta amning pga läkemedelsbehandling och en mer sakkunnig person bör konsulteras vid tveksamheter.

Den mängd läkemedel som barnet tillförs via bröstmjölken påverkas av många faktorer, vilket komplicerar dosberäkningar, grundade på den dos modern intar. De flesta läkemedel passerar över i bröstmjolk, men mängden varierar beroende på läkemedlens molekylvikt, fettlöslighet och andra kemiska och fysikaliska egenskaper. Mjölakens sammansättning varierar också under amningsperioden, liksom i början och slutet av varje amningstillfälle. Hur mycket läkemedel barnet får i sig är också beroende på barnets ålder och hur läkemedlet absorberas.

Vid en riskbedömning beräknar man medel- och maximaldos som barnet kan få i sig på basen av uppmätt medelkoncentration i bröstmjolk efter en viss given dos till modern och förutsatt att barnet får 150 ml

Gruppering av läkemedel utifrån hur de passerar över i bröstmjolk**Grupp I**

Läkemedel som inte passerar över i bröstmjolk.

Grupp II

Läkemedel som passerar över i bröstmjolk i så små mängder att påverkan på barnet är osannolikt vid terapeutisk användning.

Grupp III

Läkemedel som passerar över i bröstmjolk och tas upp i sådan mängd att det kan få effekter på barnet. Behöver dock inte vara kontraindicerat.

Grupp IV A

Inga uppgifter finns om passage över i modersmjolk.

Grupp IV B

Otillräcklig uppgift om passage över i bröstmjolk för att bedöma risken för barnet.

mjolk/kg kroppsvikt/dag. Det är den totala mängden läkemedel barnet får i sig i förhållande till sin kroppsvikt som avgör risken för biverkningar och inte själva koncentrationen i bröstmjolk i relation till moderns plasmanivåer.

Uppgifter om klassifikation av läkemedel som får/kan användas under amning är sparsammare än uppgifter om läkemedlens användning under graviditet. För läkemedel som riskklassats med avseende på graviditet anses väsentligen samma typ av risk-nytta-övervägande gälla vid amning.

Vid intag av hormonell antikonception hos den ammande modern bör gestagenpreparat (mini-piller, Levonova-spiral, p-stav, p-spruta) rekommenderas framför kombinerade p-piller som innehåller östrogen.

Vanliga analgetika för kortvariga smärttillstånd, såsom paracetamol och ASA kan användas. Regelbundet intag av sedativa medel som bensodiazepiner bör undvikas och byte ske till annat preparat.

Få studier föreligger beträffande SSRI under amning, men expositionsdoserna för barnet är mycket lägre än in utero.

Tabell 1. Riktlinjer beträffande vaccinering av gravida kvinnor

Vaccinering	Lämplighet
Polio, tetanus, difteri, influensa, hepatit A och kolera/ETEC-diarré	Kan ges utan hänsyn till graviditet
Gula febern, rabies, hepatit B, japansk encefalit, meningokocksjukdom, tyfoid, BCG samt pneumokocker	Ska ges endast vid reell smittorisk
TBE och Haemophilus influenzae	”Onödigt” att ge under graviditet
MPR (Morbilli-Pertussis-Rubella) och varicella	Ska aldrig ges till gravida

Hiv-positiva kvinnor, oberoende typen av antiviral medicinering, rekommenderas att inte amma pga risken för virusöverföring via bröstmjölken.

Aktuella synpunkter och referenser för olika läkemedel finns på Janus hemsida: <www.janusinfo.se>.

Vaccinering av gravida kvinnor

Riskerna med vaccin till gravida anses så gott som försumbara. För de flesta vacciner bör dock vaccinationer under graviditet endast utföras om det finns någon nackdel med att vänta.

Gravida som tillhör en riskgrupp bör, enligt Socialstyrelsens föreskrifter, erbjudas influensavaccination oavsett tidpunkt i graviditeten. Man bör även vara liberal med vaccination av friska gravida kvinnor som förväntas vara i andra och tredje trimestern under influensasäsong (december–mars).

En indelning enligt Tabell 1, kan göras beträffande vaccinering av gravida kvinnor.

Accidentell vaccination under graviditeten är aldrig en abortindikation. Diskussion ska alltid föras med specialist inom infektionssjukdomar. Gammaglobuliner/immunglobuliner kan ges till gravida kvinnor.

Fullständig information om vaccinationer under graviditet finns på INFPREGs webbsida, <www.infpreg.se>.

Referenser

För vidare läsning

1. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation. 8:e upplagan. Lippincott Williams and Wilkins; 2008. ISBN 9780781778763.
2. Marsál K, Grennert L. Obstetrik öppenvård. 2:a upplagan. Liber; 2004. ISBN 9789147052202
3. Hagberg H, Marsál K, Westgren M. Obstetrik. 1:a upplagan. Studentlitteratur AB; 2008. ISBN 9789144007311
4. Svenska Livsmedelsverket, www.slv.se
5. Janusinfo: www.janusinfo.se
6. Growing people: www.growingpeople.se
7. Kunskapscentrum för infektioner, www.infpreg.se

Preparat¹**Medel vid olika symtom****Illamående***Meklozin***Postafen** UCB Nordic, tabletter 25 mg*Metoklopramid***Primperan** sanofi-aventis, injektionsvätska
5 mg/ml, suppositorier 20 mg, tabletter 10 mg*Prometazin***Lergigan** Recip, oral lösning 1 mg/ml, tabletter
25 mg**Lergigan forte** Recip, tabletter 50 mg**Lergigan mite** Recip, tabletter 5 mg**Halsbränna, dyspepsi***Antacida, alginsyra, sukralfat och protonpumps-
hämmare, H₂-receptorblockerare*Se kapitlet Sjukdomar i matstrupe, magsäck och
tolvfingerarm, s 83.**Förstoppning och hemorrojder***Bulkmedel, osmotiskt aktiva medel, tarmirriteran-
de medel samt smärtstillande suppositorier*Se kapitlen Tarmkanalens funktionsrubbningar,
s 128, respektive Anorektala sjukdomar, s 148.**Nästäppa***Koksaltlösning, nässpray med kortison*

Se kapitlet ÖNH-sjukdomar, s 717.

Sömnrubbningar*Propiomazin***Propavan** sanofi-aventis, tabletter 25 mg*Valeriana***Baldrian Dispert Forte** Solvay Pharma, tabletter
125 mg**Dormiplant** Dr Willmar Schwabe, tabletter 500 mg**Neurol** Abigo Medical, tabletter**Neurol forte** Abigo Medical, tabletter**Valerecen** Abigo Medical, oral lösning**Huvudvärk, migrän***Paracetamol, sumatriptan*

Se kapitlet Huvudvärk, s 867.

Ryggbesvär*Paracetamol, dextropropoxifen*

Se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

Medel vid anemier**Järnpreparat***Ferroglycinsulfat***Niferex** Erol, enterokapslar 100 mg Fe²⁺,
orala droppar 30 mg/ml*Ferrosulfat***Duroferon** AstraZeneca, depottabletter (Duret-
ter) 100 mg Fe²⁺*Järnsackaros***Venofer** Renapharma, injektionsvätska/koncen-
trat till infusionsvätska 20 mg Fe³⁺/ml**Folsyra (folat)***Folsyra***Folacin** Pfizer, tabletter 5 mg**Hypertoni***Pindolol***Pindolol** Merck NM Mylan, tabletter 5 mg,
10 mg, 15 mg**Viskén** Novartis, tabletter 5 mg, 10 mg, 15 mg*Hydralazin***Apresolin** Novartis, tabletter 25 mg*Dihydralazin***Nepresol** injektionssubstans 25 mg, licensvara*Labetalol***Trandate** GlaxoSmithKline, tabletter 100 mg,
200 mg*Metyldopa***Aldomet** MSD, tabletter 250 mg, 500 mg*Betablockerare, kalciumantagonister*

Se kapitlet Hypertoni, s 314.

Luftvägsbesvär**Antihistaminer***Klemastin***Tavegyl** Novartis, injektionsvätska 1 mg/ml, oral
lösning 50 mikrog/ml, tabletter 1 mg*Övriga antihistaminer,*

Se kapitlet ÖNH-sjukdomar, s 717.

Medel vid astma*Inhalationssteroider, betaagonister*

Se kapitlet Astma och KOL, s 668.

Endokrina rubbningar*Insulin*

Se kapitlet Diabetes mellitus, s 557.

Tyroxin, propyltiouracil, tiamazol

Se kapitlet Tyreoideasjukdomar, s 590.

Dermatoser*Klemastin***Tavegyl** Novartis, injektionsvätska 1 mg/ml, oral
lösning 50 mikrog/ml, tabletter 1 mg*Zinkoxid***Zinkliniment APL** APL, kräm*Kortikosteroider*

Se kapitlet Hudsjukdomar, s 362.

Infektioner**Medel vid flytningar***Ekonazol***Pevaryl** Jansen-Cilag, vaginalkräm 1%, vagito-
rier 50 mg, 150 mg, vagitorier 150 mg + kräm 1%1. Aktuell information om parallellimporterade förpack-
ningar och generika kan fås via apotek.

Pevaryl Depot Janssen-Cilag, vagitorier 150 mg,
vagitorier 150 mg + kräm 1%

Klotrimazol

Canesten Bayer, vaginalkräm 1%, vaginaltabletter
100 mg, 200 mg, 500 mg, vaginaltabletter
200 mg + vaginalkräm 1%, vaginaltabletter 500
mg + vaginalkräm 1%

Medel vid urinvägsinfektioner

Nitrofurantoin

Furadantin Meda, tabletter 5 mg, 50 mg

Pivmecillinam

Selexid LEO Pharma, tabletter 200 mg

Cefadroxil

Cefadroxil Flera fabrikat, kapslar 500 mg,
pulver till oral suspension 100 mg/ml, tabletter 1 g

Cefamox Bristol-Myers Squibb, kapslar 500 mg,
pulver till oral suspension 100 mg/ml, tabletter 1 g

Cefamox löslig Bristol-Myers Squibb, tabletter 1 g

Luftvägsinfektioner

*Penicillin V, cefalosporiner m fl (Obs inte tetracykli-
ner till gravida!)*

Se kapitlet Luftvägsinfektioner hos barn och
vuxna, s 694.

Psykisk ohälsa

SSRI

Se kapitlet Förstämmningssyndrom, s 945.

Inflammatoriska tarmsjukdomar

Kortikosteroider

Se kapitlet Inflammatoriska tarmsjukdomar,
s 119
