

# Leverpåvirkning i graviditeten

Læge Kirsten Marie Jochumsen,  
1. reservelæge Alan Patrick Ainsworth & overlæge Fin Stolze Larsen

Odense Universitetshospital, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling D og Kirurgisk Afdeling A, og H:S Rigshospitalet, Hepatologisk Klinik A

## Sygehistorie

En 25-årig førstegangsgravid henvendte sig i 32. uge hos egen læge pga. hudkløe. Kløen var tiltaget i intensitet i den seneste uge og var mest lokaliseret til håndflader og fodsåler. Der havde været normale forhold ved svangrekontrolerne hidtil. Hun havde forud for graviditeten ingen kendte sygdomme. Ved en objektiv undersøgelse blev der ikke fundet ødemer, hudforandringer eller ikterus. Blodtrykket var 120/70 mmHg. Der var ingen proteinuri.

## Værd at vide

Op til 5% af de gravide vil opleve hudkløe i løbet af graviditeten. Dette kan være et symptom på leversygdom. Dog findes der også graviditetsbetinget kløe uden samtidig leverpåvirkning. Hos gravide med denne lidelse ses ofte et papuløst udslæt med urticariaelementer med udgangspunkt på abdomen.

Hos gravide kan man se forhøjede basiske fosfataser, uden at dette er udtryk for leversygdom. De øvrige leverenzymmer ændres ikke under en ukompliceret graviditet. Bemærkes der påvirkning af levertallene under en graviditet, kan der enten være tale om en primær lever-galdevejs-sygdom, der også kan ramme ikkegravide, eller en specifik graviditetsbetinget lidelse (**Figur 1**) [1].

I forbindelse med den første svangrekontrol hos den alment praktiserede læge foretages der en vurdering af den gravides risici i graviditeten, herunder om der er behov for hepatisscreening, og om der er kendt lever-galdevejs-sygdom.

Forløbet af en akut viral hepatitis ændres ikke af en graviditet. Til gengæld er der risiko for intrauterin smitteoverførsel, hvis kvinden har hepatitis B-infektion. Nyfødte børn, hvis mødre er inficerede med hepatitis B-virus (HbsAg-positive), skal umiddelbart efter fødslen have immunprofylakse og vaccineres. Vaccination af barnet gentages efter en, to og 12 måneder.

**Primære lever-galdevejs-sygdomme**  
Akut viral hepatitis og choledochussten (akutte sygdomme)  
Medfødte leversygdomme, autoimmun hepatitis og cirrose (kroniske sygdomme)

**Graviditetsbetingede leverlidelser**  
Intrahepatisk kolestase i graviditeten (ICP)  
Hæmolyse, forhøjede leverenzymmer og lavt trombocytaltal (HELLP)-syndrom  
Akut graviditetsbetinget leveratrofi

Figur 1. Årsager til leverpåvirkning i graviditeten.

neder. Hepatitis A- og C-virus giver normalt ikke anledning til intrauterin smitteoverførsel.

Choledochussten påvises til tider under en graviditet. Der vil typisk være anfald af smerter under højre kurvatur samtidig med påvirkning af levertallene. Endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) og stenekstraktion kan udføres hos gravide, idet risici ikke er anderledes end hos ikkegravide.

Gravide med kroniske leversygdomme har ofte en øget risiko for komplikationer, og der er samtidig øget føtal morbiditet og mortalitet.

Intrahepatisk kolestase i graviditeten (ICP) er den hyppigste graviditetsbetingede leversygdom [2]. Den er ufarlig for den gravide, men kan være stærkt generende pga. den intense kløe. Der er forøget risiko for præterm fødsel, intrauterin morbiditet og føtal mortalitet. ICP kan behandles med ursodeoxycholsyre, der vil give symptomlindring, normalisere leverenzymmerne (aminotransferaserne) og nedsætte risikoen for fosteret. Oftest afsluttes graviditeten i 37.-38. uge. Hæmolyse, forhøjede leverenzymmer og lavt trombocytaltal (HELLP)-syndrom og akut graviditetsbetinget leveratrofi er sygdomme, der kan være livstruende for såvel mor som barn. Begge tilstande kræver nøje observation og behandling. Akut forløsning er oftest indiceret.

## Hvad gør vi?

Overvej om patienten tilhører en risikogruppe for en specifik leversygdom. For hepatitis: intravenøst stofmisbrug, udlandsophold, erhvervsmæssig eksposition med smitterisiko eller at kvinden kommer fra et område med endemisk hepatitis. For choledochussten: familiær disposition til galdesten, overvægt eller hyperkolesterolemie. For kroniske leversygdomme: tidligere undersøgelse pga. påvirkede levertal.

Ud over blodtryk og urinstiks for protein måles der levertal (aminotransferaser, basiske fosfataser og bilirubin). Afhængigt af anamnese, andre symptomer og blodprøvesvar skal man overveje, om patienten skal henvises til ultralydskanning af øvre abdomen for at se, om der er galdesten og kolestase, eller om der er grund til hepatissserologi. Alternativt kan den gravide have en graviditetsbetinget leverpåvirkning.

Gravide med lever-galdevejs-sygdomme bør følges i obstetrisk regi i samarbejde med hepato/gastroenterologer.

Korrespondance: *Kirsten Marie Jochumsen*, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.  
E-mail: [kirsten.jochumsen@dadlnet.dk](mailto:kirsten.jochumsen@dadlnet.dk)

Antaget: 28. januar 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

- Sandhu BS, Sanyal AJ. Pregnancy and liver disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32:407-36.
- Jochumsen KM, Svane D, Bødker B et al. Ursodeoxycholsyre til behandling af intrahepatisk kolestase i graviditeten. *Ugeskr Læger* 2003;165:3825-8.