

Præeklampsi – en graviditetskomplikation med mange facetter

Præeklampsi er en graviditetsspecifik hypertensiv lidelse, der ofte involverer flere organsystemer og er en potentiel livstruende risiko for både mor og barn. Det er en relativt hyppig graviditetskomplikation, der forekommer i 2-5% af alle graviditeter. Det er således en væsentlig opgave for praktiserende læger og andre, der kontrollerer gravide, i forbindelse med svangrekontrollen at være opmærksomme på det kliniske sygdomsbillede, risikogrupper og muligheden for profylakse af præeklampsi. I dette nummer af Ugeskrift for Læger omtales muligheden for behandling med acetylsalicylsyre som profylakse til udvalgte risikogrupper [1].

De fleste tilfælde af præeklampsi ses hos raske førstegangsfødende uden kendte risikofaktorer, men det er vigtigt at være opmærksom på, at disse gravide i efterfølgende graviditeter vil udgøre en særlig risikogruppe som følge af gentagelsesrisikoen for præeklampsi, der lidt afhængig af sværhedsgraden af den til grundliggende præeklampsi kan ramme op mod 25-30%. Dernæst vil gravide med medicinsk grundsygdom såsom systemisk lupus erythematosus, antifosfolipid syndrom, kronisk nyresygdom, essentiel hypertension eller diabetes mellitus udgøre særlige risikogrupper for udvikling af præeklampsi, idet risikoen hos disse i forvejen medicinsk syge gravide er særligt forhøjet.

Præeklampsi kan vise sig på mange forskellige måder. Tilstanden udvikler sig typisk fra et præklinisk stadium over et symptomfrit subklinisk stadium for til sidst at resultere i forskellige former for klinisk manifest organ dysfunktion hos den gravide og/eller føtalt syndrom med dysfunktion af placenta og deraf følgende føtal vækstretardering [2]. I nogle graviditeter er det føtale syndrom dominerende, mens det i andre er mere præget af maternel organ dysfunktion. Det er derfor vigtigt at være bekendt med klassiske symptomer på præeklampsi, så overvejelser om eventuel til grundliggende præeklampsi bliver centrale i vurderingen af den gravide kvinde med sygdomssymptomer.

Symptomerne afspejler de involverede organsystemer og kan være cerebrale symptomer i form af svær hovedpine, synsforstyrrelser og ændret sensorium, lunge symptomer i form af dyspnø og trykken for brystet, gastrointestinale symptomer i form af smerter i epigastriet, kvalme og opkastninger. Organpåvirkningen kan

bekræftes paraklinisk, hvor monitorering af lever- og nyrefunktion samt koagulation er essentiel.

I dag stilles diagnosen præeklampsi ud fra veldefinerede diagnostiske kriterier, som er nyttilkomne hypertension ledsaget af proteinuri eller én af følgende nyttilkomne tilstande: trombocytopeni, renal insufficiens, nedsat leverfunktion, lungeødem, cerebrale eller visuelle symptomer eller vækstretardering hos fostret [3].

Præeklampsi kan inddeles i sværhedsgrader, og svær præeklampsi er en særdeles risikofyldt tilstand for mor og barn.

Den eneste definitive behandling af præeklampsi er afslutning af graviditeten. Afhængigt af gestationsalderen ved debut af sygdommen og sygdommens sværhedsgrad kan det være muligt at udsætte tidspunktet for forløsning, ofte efter påbegyndelse af behandling med antihypertensiva [4].

Som anført er der særlige risikogrupper, som det er vigtigt at være opmærksom på, idet der er evidens for, at disse grupper vil have reduceret risiko for udvikling af præeklampsi, hvis behandling med lavdosisacetylsalicylsyre påbegyndes tidligt i graviditeten [5]. Standarddosering af lavdosisacetylsalicylsyre har været 75 mg dagligt, men studieresultater tyder på, at en højere dosering kan have større profylaktisk effekt [1]. Lige nu afventes data fra et stort randomiseret multicenterstudie, der vil afklare, om doseringen fremover skal være 150 mg dagligt. Indtil disse data publiceres, er den nationale rekommandation uændret 75 mg. Der opnås størst profylaktisk effekt ved tidlig start på behandlingen, dvs. i første trimester. Den praktiserende læge har den første kontakt til gravide i forbindelse med udfyldelse af svangrejournalen, så påbegyndelse af denne behandling til de omtalte risikogrupper vil ofte være henlagt til almen praksis.

LITTERATUR

1. Käehne LV, Lundin ICR. Behandling med acetylsalicylsyre kan forebygge præeklampsi hos højrisikogravide kvinder. Ugeskr Læger 2017;179:V07160511.
2. Steegers EAP, von Dadelszen P, Duvekot JJ et al. Preeclampsia. Lancet 2010;376:631-44.
3. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 1993;122:1122-31.
4. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. CEMACH BJOG 2011;118(suppl 1):1-203.
5. Roberge S, Nicolaidis K, Demers S et al. The role of aspirin dose on the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction: systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2017;216:110-20.

LEDER

Jannie Dalby Salvig

Ugeskr Læger
2017;179:V68968

KORRESPONDANCE:

Jannie Dalby Salvig,
Kvindesygdomme &
Fødsler, Aarhus Universitetshospital.
E-mail: jannsalv@rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk