

Statusartikel

Ugeskr Læger 2023;185:V05220352

Anorexia nervosa i graviditet og barselsperiode

Josephine Maria Nolte¹, Eleonora Cvetanovska¹, Maria Birkvad Rasmussen¹, Lise Vejlgård Gudbergesen², Camilla Søeby-Land³, Anja Molbeck Andersen³, Else Marie Olsen⁴ & Elisabeth Thal Rønneberg¹

1) Afdeling for Kvindesygdomme, Graviditet og Fødsler, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital, 2) Graviditet og fødsel, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital, 3) Ambulatorium for spæd- og småbørn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens psykiatriske hospital, 4) Psykoterapeutisk Ambulatorium for Spiseforstyrrelser, Psykiatrisk Center Ballerup

Ugeskr Læger 2023;185:V05220352

HOVEDBUDSKABER

- Gravide kvinder med anorexia nervosa har øget risiko for ugunstige graviditetsudfald samt efterfødselsdepression.
- I graviditeten samt post partum er kvinder med anamnestic AN i risiko for recidiv.
- Optimal behandling af gravide kvinder med AN forudsætter et tværfagligt og støttende behandlerteam.

Anorexia nervosa (AN) karakteriseres ved tilsigtet vægttab med resulterende undervægt, et forvrænget kropsbillede og en samtidig massiv angst for at tage på (**Figur 1**). I Danmark estimeres prævalensen af AN blandt kvinder at være knap 1% og højest blandt kvinder i den fødedygtige alder [1-4].

AN tilhører i lighed med bulimia nervosa og binge-eating disorder gruppen af spiseforstyrrelser, som er specificeret i WHO's sygdomsklassifikationssystem ICD-11. I litteraturen beskrives også eating disorders not otherwise specified, herunder ortoreksi og megareksi, som endnu ikke er anerkendt som diagnoser.

I denne artikel fokuseres på AN, da sygdommen er forbundet med betydende materielle, føtale og neonatale risici. Graviditet hos kvinder med AN betragtes som en højrisikograviditet, der kræver løbende vurdering og behandling [3-7]. Angst, depression, OCD, autisme, opmærksomheds- eller personlighedsforstyrrelser er hyppige komorbiditeter blandt disse kvinder, hvilket kan medvirke til yderligere udfordringer for den kommende mor og barn [2, 8-11]. Nedenunder gennemgås den nyeste viden om gravide og barslende kvinder med AN, herunder mulige organisatoriske modeller, hvor hensigtsmæssige forløb sikres.

FIGUR 1 Modifieret version af de gældende diagnostiske kriterier for anorexia nervosa, på dansk [30].

ICD-11 Anorexia nervosa-kriterier

Kropsvægt på minimum 15% under den forventede vægt, enten ved tilsigtet vægttab eller vægtstagnation i vækstperioden

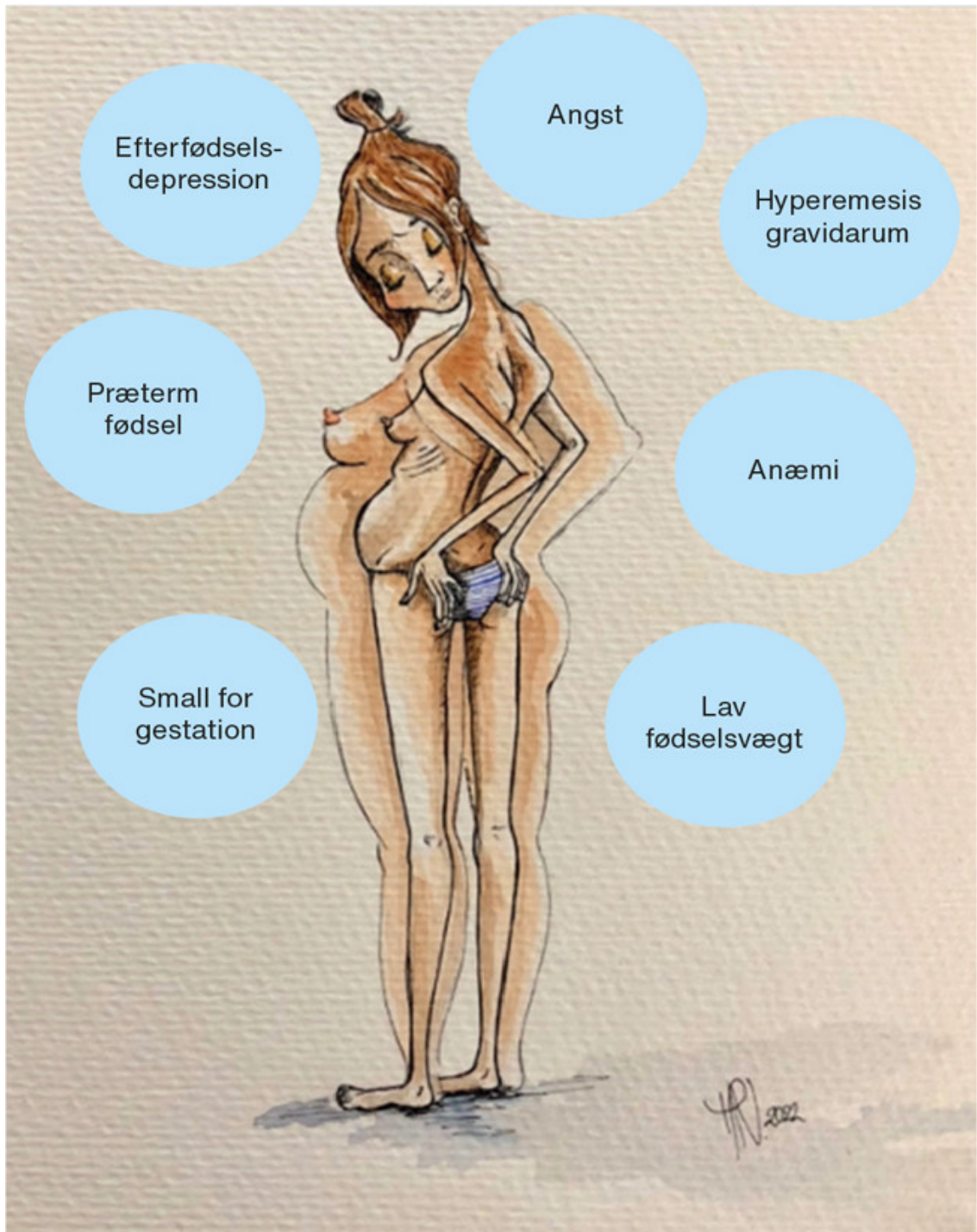
- For voksne benyttes alternativt $BMI \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ som vægtgrænse
- For yngre patienter benyttes 5-percentilen for en given alder som vægtgrænse

OBS. Ved vægttab på mindst 20% over kort tid (indenfor 6 måneder) kan dette erstatte kriterier om egentlig lavvægt.

Desuden kan en eller flere af følgende faktorer være til stede:

- Forvrænget kropsbillede med irrationel angst for at tage på og adfærd som restriktive spisevaner som begrænser energiindtag uden hensyn til behov
- Selvinduceret opkastning
- Misbrug af afføringsmidler
- Overdreven træning
- Anvendelse af appetithæmmende midler og/eller vanddrivende midler

Mild:	$BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$
Moderat:	$BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
Alvorlig:	$BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
Ekstrem:	$BMI < 15 \text{ kg/m}^2$



Komplikationer i graviditet og barselsperioden hos kvinder med anorexia nervosa. Illustration: Josephine Nolte.

FERTILITET

Lavt BMI er en velkendt risikofaktor for infertilitet. Lavt BMI, ekstrem træning og psykisk stress er de hyppigste årsager til hypothalamisk dysfunktion, som potentielt kan medføre afkortet lutealfase, anovulatoriske menstruationscykluser og i de mest udtalte tilfælde amenoré [12].

Kvinder, som er remitteret fra en anorektisk spiseforstyrrelse, synes ikke at have senfølger eller komplikationer vedrørende fertilitet/fekunditet [13, 14]. Op til halvdelen af alle graviditeter hos kvinder med AN har man fundet

ud af, er uplanlagt [13].

KOMPLIKATIONER I GRAVIDITETEN OG I BARSELSPERIODEN

Lavt prægravidt BMI og/eller utilstrækkelig vægtøgning samt mangelfuld ernæring er risikofaktorer for føtale og maternelle komplikationer [15]. Der ses en højere prævalens af rygning (7,9%) blandt gravide med aktiv AN, men dette forklarer kun delvist de perinatale komplikationer [16].

Risikoen for graviditetskomplikationer er særligt høj hos gravide med aktiv AN. Dog findes også bekymring for gravide med remitteret sygdom, da risikoen for reaktivering af AN er høj [2, 6, 9, 13, 17]. Nedenunder opsummeres de maternelle komplikationer under graviditet og barselsperiode samt de vigtigste føtale og neonatale komplikationer.

Maternelle komplikationer

Gravide med aktiv AN har en høj risiko for hyperemesis (relativ risiko (RR) 4,9; 95% konfidens-interval (KI) 3,5-6,9) sammenlignet med gravide uden AN [3]. Anæmi er også en hyppig komplikation i graviditeten og forbundet med øget risiko for negative neonatale og maternelle udfald [18]. Det skønnes, at uden jerntilskud i graviditeten vil en tredjedel af gravide have jernmangelanæmi [19]. Risikoen for anæmi er fordoblet hos gravide med aktiv AN sammenlignet med gravide uden anamnese med AN (RR 2,1; 95% KI: 1,3-3,2) [3].

Der findes øget risiko for præterm fødsel [3, 4]. Stress og følgende øgning af kortisolniveauet hos den gravide er beskrevet som mulig årsag for sidstnævnte komplikation [3, 4].

Hos gravide med en tidligere spiseforstyrrelse er der risiko for reaktivering af symptomer i graviditeten (en tredjedel af gravide). Risikoen er størst inden for de første 20 uger af graviditeten samt efter fødslen [9, 11]. Litteraturen beskriver også en risiko på 23-40% for udvikling af en efterfødselsdepression blandt gravide med spiseforstyrrelse sammenlignet med gravide uden spiseforstyrrelser, hvor tallet estimeres til 7,5-10% [6, 9-11, 20]. Desværre differentierer studierne ikke spiseforstyrrelserne i subtyper [2, 9, 11].

Føtale og neonatale komplikationer

De hyppigst beskrevne føtale/neonatale komplikationer ved aktiv AN under graviditet er small for gestational age (SGA), intrauterin growth restriction (IUGR), lav fødselsvægt og præmaturitet [4, 7, 11, 13].

Disse komplikationer er forbundet med øget neonatal morbiditet og mortalitet [21-23].

Hos gravide med aktiv AN er risikoen for SGA fundet øget svarende til en odds ratio (OD) på 1,6 (KI: 1,3-1,8) i forhold til gravide uden AN [16]. Risikoen for SGA er også fundet øget hos gravide med tidligere AN, dog mindre markant [18]. RR for IUGR estimeres til 1,54 (95% KI: 1,11-2,13) [7].

Præmaturitet er forbundet med den øgede risiko for præterm fødsel ved aktive AN-symptomer [3].

BARSELSFORLØB OG AMNING

Barselsforløb

For kvinder med aktiv AN er den første tid efter fødslen ofte meget sårbar. Nogle kvinder oplever en direkte tilbagevenden til den spiseforstyrrede adfærd, som de havde før graviditeten. Andre oplever den første tid som en stabil periode, hvor de har lidt ro i forhold til spiseforstyrrelsessymptomerne, da fokus er på den nyfødte [5, 11, 24].

Kvinder med aktiv AN fortsætter typisk med opfølgning i psykiatrien efter fødslen. For kvinder med anamnestisk

AN, men uden et psykiatrisk forløb under graviditeten vil sundhedsplejerske og praktiserende læge (ved otteugerskontrol) være nogle af de vigtigste aktører i forhold til at identificere en reaktivering af AN eller en efterfødselsdepression [24].

Amning

Der er lavere incidens af amning hos mødre med AN sammenlignet med mødre uden AN [6]. Ofte oplever flere af mødrene en løbende konflikt mellem AN og barnets behov. Nogle mødre holder fast i amningen som en mulighed for vægtregulering. Andre forsøger at vedligeholde et stabilt spisemønster ud fra barnets gavn [25, 26]. Det er vigtigt at være opmærksom på, at amning kræver et højt energiindtag (min. 2.000-2.100 kJ dagligt), og mødrene bør derfor opfordres til varieret kost indeholdende en høj mængde protein og energi [6].

Organisering af svangreomsorgen for kvinder med AN

Gravide med AN bliver som udgangspunkt visiteret til niveau 3 i henhold til svangreomsorgen, som indebærer et differentieret tilbud (Tabel 1) [19].

TABEL 1 Omsorgsniveauer i henhold til svangreomsorgen [19].

Niveau 1

Svangreomsorg til gravid uden øget risiko, som alene tilbydes undersøgelser ved almenpraktiserende læge og jordemoder

Niveau 2

Svangreomsorg til gravid med behov for ekstra ydelser fra jordemoder og/eller fødselslæge og praktiserende læge

Der kan ske henvisning til kommunale tilbud, f.eks. rygestopkursus

Niveau 3

Svangreomsorg til gravide med behov for ydelser, der kræver koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats, f.eks. inddragelse af andre speciallæger ved kronisk eller nyopdaget sygdom, herunder psykiater, samt til sundhedsplejen og/eller socialforvaltningen

Niveau 4

Svangreomsorg til gravide med særligt komplicerede problemstillinger, som kræver samarbejde med specialiserede afdelinger eller insitutioner, f.eks. familieambulatorier eller familiebehandlingsinstitutioner

Et tværfagligt samarbejde mellem praktiserende læge, jordemoder, obstetriker, sundhedspleje, evt. kommunal familieafdeling og psykiater er af stor betydning for graviditetens forløb, kvindens sundhed og barnets helbred [19]. Ligeledes findes tidlige og tværsektorielle indsatser gavnlige [5, 6, 9, 11, 13]. Tværfagligt samarbejde kan

bl.a. indebære konferencer mellem obstetriker, jordemoder og psykiater, hvor særligt syge patienter diskuteres. Vurderes der at være behov for særlig støtte for det kommende barn eller familien, har man som sundhedsfaglig aktør skærpet pligt til at sende underretning til hjemkommunens familieafdeling. Der foretages altid underretning, hvis patienten/familien følges i spædbarnspsykiatrisk regi samt individuel vurdering, om der er behov for netværksmøde. De kommende forældre bør altid orienteres, inden en underretning sendes [19].

Praktiserende læge

Den primære visitation via egen læge er essentiel for en målrettet graviditets-, fødsel- og barselsindsats for gravide med tidligere eller nuværende AN, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger [19]. Ved første graviditetsbesøg udarbejdes svangrejournalen, hvor BMI udregnes på baggrund af kvindens højde og vægt. Ved BMI < 18,5 kg henvises den gravide til obstetrisk vurdering [19]. Sparsom vægtøgning i andet trimester, hyperemesis ud over 20-ugers gestationsalder, anamnese med tidligere spiseforstyrrelse, depression eller ekstrem kostregulering er advarselstegn [27]. Ved prægravid BMI < 18,5 kg anbefales en vægtøgning af 12,5 kg til 18,5 kg [19].

Et screeningsværktøj, f.eks. SCOFF, kan benyttes, hvis AN mistænkes (Figur 2). To eller flere positive svar kan understøtte et behov for yderligere udredning og kontrol. Redskabet er vejledende og ikke valideret til brug hos gravide [28].

FIGUR 2 SCOFF, screeningsredskab på dansk. Modificeret fra den originale SCOFF med oversættelse fra engelsk til dansk [28].

- Kaster du nogensinde op, fordi du følger dig overmæt?
- Bekymrer du dig over at miste kontrol over, hvor meget du spiser?
- Har du den seneste tid tabt dig mere end 6-7 kg på 3 måneder
- Opfatter du dig selv som tyk, selvom andre udtrykker, de synes du er for tynd?
- Oplever du, at mad kontrollerer (styrer) dit liv?

Kontrol ved jordemoder

I jordemoderkonsultationen bør der spørges direkte til symptomer på AN. Derudover skal der være skærpet opmærksomhed på symptomer på truende for tidlig fødsel, lille klinisk fosterskøn og stagnerende fostertilvækst samt depression og angst jf. risikofaktorer. Jordemoderen bør tale med den gravide om forventninger til fødsel og amning samt formidle kontakt til sundhedsplejersken, mhp. at denne kommer på hjemmebesøg allerede i graviditeten.

Kontrol ved obstetriker

Obstetriske kontroller i et graviditetsforløb med AN, især ved aktive symptomer, skal inkludere opfølgning af klinisk tilstand og fostertilvækst. Ved vigende fostertilvækst vil der være et behov for hyppigere tilvækstskanninger og evt. forløsning prætermt ved tegn til svær IUGR med påvirkede flow og/eller kardiokografi. Ved tiltagende plukkeveer eller smerter skal der være opmærksomhed på eventuelle tegn på præterm fødsel.

Ligeledes er det vigtigt at sikre, at den gravide ikke lider af mangeltilstande, samt at hun tager relevante vitamintilskud. Der er nyligt publiceret et større systematisk review med anbefalinger for biokemiske kontroller, som inkluderer natrium, kalium, magnesium, fosfat, klorid, jern, vitamin D, blodsukker, levertal, C-reaktivt protein og fuldt rødt blodbillede [6]. Ved svære mangeltilstande i graviditeten kan der forekomme sinusbradykardi og ledningsforstyrrelser, hvorfor der anbefales et ekg i disse tilfælde [6].

Fra begyndelsen af graviditetskontrollerne skal tværfagligt forløb overvejes.

Plan for obstetriske kontroller kan bedst udarbejdes fra visitationen til fødestedet og justeres under graviditeten i takt med udvikling, både i obstetrisk og psykiatrisk regi.

Kontrol i psykiatrien

Ved identifikation af en aktiv AN eller bekymring om reaktivering af AN hos en gravid (især hos en førstegangsfødende) bør henvisning til et specialiseret psykiatrisk forløb altid drøftes med den gravide.

Den specifikke psykiatriske behandling af AN varetages af et team af psykiatere, psykologer, specialuddannede sygeplejersker og diætister og vil inkludere hyppige (ugentlige) vægtkontroller.

Det er vigtigt at fastlægge, om det er psykiater eller obstetriker, der initierer blodprøvekontroller, iværksætter behandling for mangeltilstande og følger op på vægtdynamik, som kan opleves traumatisk.

Et tæt samarbejde mellem psykiatri og obstetrik er essentielt for at optimere behandlingen og give plads til, at kvinden kan udvikle den præ- og postnatale tilknytning til barnet, under mindst mulig belastning og stigmatisering [6, 11].

Forebyggende spædbørnspsykiatrisk indsats

Morens AN kan påvirke barnet på en række centrale områder, herunder eget forhold til mad og krop. En del af børnene udvikler selv en decideret spiseforstyrrelse, og nogle af børnene får en tendens til at påtage sig et for stort ansvar i familien [4, 24].

Mødre med aktiv eller tidligere AN kan have højere grad af bekymringer i forhold til overvægt hos deres barn samt være mere restriktive i forhold til deres tilgang til barnets måltider end mødre uden anamnese med AN [29]. Det er i denne sammenhæng afgørende, at der sættes relevant ind, ikke blot i forhold til den spiseforstyrrede forælder, men også i forhold til familiens samlede situation.

Ambulatorium for spæd- og småbørn er bl.a. specialiseret i forebyggende indsats under en graviditet og i den første tid efter fødslen. Familier, hvor en kommende forælder har psykisk sygdom og forløb i offentlig psykiatrisk regi, kan henvises til spædbørnspsykiatrien. Det terapeutiske fokus i graviditeten er bl.a. forældrenes egne forestillinger om sig selv som forældre, om relationen samt den kommende forælders mentalisering i forhold til det kommende barn og deres indbyrdes relation. Efter fødslen hjælpes og støttes forælderrollen. Morens spisning er også et vigtigt fokuspunkt i forhold til den forebyggende indsats efter fødslen.

KONKLUSION

Det er vigtigt at optimere behandling af kvinder med AN inden en eventuel graviditet, da aktiv AN er forbundet med højere risiko for mor og barn end anamnestisk AN [16]. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring graviditetsforløb med AN er essentielt, da det er tale om højrisikogravide med behov for opfølgning, behandling og støtte på tværs af specialer og sektorer [5, 6, 11, 14].

Korrespondance *Josephine Maria Nolte*. E-mail: mj nolte17@gmail.com

Antaget 16. november 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. januar 2023

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference *Ugeskr Læger* 2023;185:V05220352

SUMMARY

Anorexia nervosa in pregnancy and the post-partum period

Josephine Maria Nolte, Eleonora Cvetanovska, Maria Birkvad Rasmussen, Lise Vejlggaard Gudbergesen, Camilla Søeby-Land, Anja Molbeck Andersen, Else Marie Olsen & Elisabeth Thal Rønneberg

Ugeskr Læger 2023;185:V05220352

Anorexia nervosa (AN) is a mental disorder with the greatest incidence amongst women of the childbearing age. The prevalence of AN in pregnancy is marginal, yet the risk of exacerbation or reactivation is significant. Adverse perinatal complications of mental and physical nature pertain to both mother and child and through early diagnosis and monitoring during the perinatal period manageable. This preview describes the importance of enabling optimal perinatal care through a multidisciplinary management team.

REFERENCER

1. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):573-81.
2. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J et al. Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(6):863-70.
3. Mantel Å, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(3):285-293.
4. Linna MS, Raevuori A, Haukka J et al. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(4):392.e1-8.
5. Janas-Kozik M, & mijowska A, Zasada I et al. Systematic review of literature on eating disorders during pregnancy—risk and consequences for mother and child. *Front Psychiatry*. 2021;12:777529.
6. Galbally M, Himmerich H, Senaratne S et al. Management of anorexia nervosa in pregnancy: a systematic and state-of-the-art review. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(5):402-412.
7. Arnold C, Johnson H, Mahon C et al. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 3):615-618.
8. Marucci S, Ragione LD, Iaco GD et al. Anorexia nervosa and comorbid psychopathology. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2018;18(4):316-324.
9. Sollid C, Clausen L, Maimburg RD. The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *Int J Eat Disord*. 2021;54(12):2132-2142.
10. Tabler J, Utz RL, Smith KR et al. Variation in reproductive outcomes of women with histories of bulimia nervosa, anorexia nervosa, or eating disorder not otherwise specified relative to the general population and closest-aged sisters. *Int J Eat Disord*. 2018;51(2):102-111.
11. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S et al. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):260-75.
12. Unuane D, Tournaye H, Velkeniers B, Poppe K. Endocrine disorders & female infertility. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2011;25(6):861-73.

13. Pan JR, Li TY, Tucker D, Chen KY. Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *J Eat Disord.* 2022;10(1):25.
14. Chaer R, Nakouzi N, Itani L T et al. Fertility and reproduction after recovery from anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of long-term follow-up studies. *Diseases.* 2020;8(4):46.
15. Bjørnholt S, Ankerstjerne L, Rønneberg E et al. Undervægt blandt prægravide kvinder er en overset risikofaktor. *Ugeskr Læger.* 2019;181:V04190241.
16. Micali N, Stemann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Andersen A-M N. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG.* 2016;123(8):1301-10.
17. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S et al. Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: findings from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Nor Epidemiol.* 2014;24(1–2):51-62.
18. Smith C, Teng F, Branch E et al. Maternal and perinatal morbidity and mortality associated with anemia in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019;134(6):1234-1244.
19. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen, 2021. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Anbefalinger-for-svangreomsorgen> (1. mar 2022).
20. Cardwell MS. Eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68(4):312–23.
21. Doctor BA, O’Riordan MA, Kirchner HL et al. Perinatal correlates and neonatal outcomes of small for gestational age infants born at term gestation. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(3):652-9.
22. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB et al. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;52:3-12.
23. Hughes MM, Black RE, Katz J. 2500-g low birth weight cutoff: history and implications for future research and policy. *Matern Child Health J.* 2017;21(2):283-289.
24. ViOSS. Konflikt mellem spiseforstyrrelse og moderskab, 2016. <https://spiseforstyrrelse.dk/files/media/document/Rapport-m%C3%B8dre-med-spiseforstyrrelser.pdf> (11. jan 2022).
25. Borden A, Epston D, Maisel R. *Anoreksi og bulimi – Inspiration til modstand.* Dansk Psykologisk Forlag, 2009.
26. Claude-Pierre P. *Spiseforstyrrelsernes hemmelige sprog.* Borgens Forlag, 1999.
27. Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A et al. Eating disorders during gestation: implications for mother’s health, fetal outcomes, and epigenetic changes. *Front Pediatr.* 2020;8:587.
28. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999;319(7223):1467-8.
29. Martini MG, Taborelli E, Schmidt U et al. Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: a longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(2):137-146.
30. Foreningen Spiseforstyrrelser og Selskade. Diagnosekriterier anoreksi. <https://spiseforstyrrelse.dk/spiseforstyrrelser/anoreksi/diagnosekriterier-anoreksi-icd-11-om-anoreksi> (9. apr 2022).