

Patientinformation om graviditetskløe

Du har fået konstateret "leverbetinget graviditetskløe". Denne folder fortæller lidt om tilstanden, om behandlingen og kontrollerne, og om anbefalingerne omkring fødslen.

Hvad er årsagen til leverbetinget graviditetskløe?

Leverbetinget graviditetskløe ses hos én til to ud af 100 gravide. Man mener, at det er det forhøjede niveau af hormoner under graviditeten, som påvirker den gravides lever. Genetiske forhold spiller formentlig også ind. Der er familier, hvor tilstanden optræder hos mange, og der er befolkningsgrupper, hvor tilstanden er mere eller mindre hyppig.

Hvordan stilles diagnosen

Leverbetinget graviditetskløe viser sig ved kløe uden synligt udslæt. Oftest opstår leverbetinget graviditetskløe i den sidste tredjedel af en graviditet. Kløen kan optræde på hele kroppen. Det starter ofte med kløe i håndflader og fodsåler. Næsten hver fjerde gravide oplever en eller anden form for kløe, men kun en lille del af disse har leverbetinget graviditetskløe. Man stiller diagnosen ved en blodprøve, som viser om ens "galdesalte" er forhøjede. Hvis de er 19 $\mu\text{mol/L}$ eller over, så har man leverbetinget graviditetskløe. En anden blodprøve af et enzym fra leveren (ALAT, "alanin-aminotransferase"), kan også vise forhøjede værdier. Det er ikke altid, at blodprøverne viser forhøjede værdier ved den første blodprøve. Hvis kløen fortsætter, vil man gentage blodprøverne med en eller to ugers mellemrum.

Hvad betyder det for dig og for dit barn

Leverbetinget graviditetskløe kan være meget generende, men tilstanden har ingen alvorlige helbredssekvenser for den gravide selv. Der er forskellige muligheder for at dæmpe kløen med medicin. Kløen kan også af sig selv variere under graviditeten. Efter fødslen forsvinder kløen igen. Nogle få oplever "gulsot", at huden bliver gul. I så fald skal der foretages flere undersøgelser for at udelukke andre sygdomme. Tilstanden normaliseres hurtigt efter fødslen. Alle, der har haft leverbetinget graviditetskløe, anbefales at få foretaget en kontrol af blodprøverne cirka 8 uger efter fødslen. Dette vil udelukke eventuelle andre leversygdomme. Du skal selv bestille tid til kontrollen hos din egen læge.

For de få, der har forhøjede galdesalte på 40 eller mere, kan der være en øget risiko for komplikationer for barnet. Det gælder især, hvis galdesaltene er 100 eller mere. Der kan i så tilfælde være en øget risiko for:

For tidlig fødsel. Hvis man har leverbetinget graviditetskløe føder flere for tidligt, altså før de 37 fulde graviditetsuger.

Grønt fostervand ved fødslen, dvs. at barnet har afføring i fostervandet. Dette ser man også ofte ved andre fødsler. I sig selv er grønt fostervand sjældent et problem. Grønt fostervand kan dog være et tegn på, at barnet begynder at være stresset under fødslen. Grønt fostervand kan i nogle tilfælde give øget risiko for vejrtrækningsproblemer for den nyfødte lige efter fødslen.

Fosterdød. Meget sjældent kan det ske, at fosteret dør i livmoderen. Vi kender ikke mekanismen bag dette. Det er vigtigt at understrege, at for de allerfleste med graviditetsbetinget leverkløe, er der ikke nogen øget risiko for fosteret. For en lille gruppe, der har haft galdesalte på 40 eller mere – og specielt, hvis de har

været 100 eller mere – er der en let øget risiko i den sidste del af graviditeten. Hvis man er en af disse gravide, vil man blive fulgt med kontroller og anbefalet igangsættelse før terminen.

Behandling

Man kan ikke helbrede leverbetinget graviditetskløe, men man kan lindre kløen. Oftest anvendes præparatet "Ursochol", der kan nedbringe galdesaltene i blodet og derved dæmpe kløen. Det vides ikke, om Ursochol også reducerer risikoen for komplikationer for barnet. Man tager Ursochol frem til fødslen, men kun sjældent bagefter. Antihistamin og binyrebarkhormon, som man ofte anvender til andre former for kløe, har ikke vist effekt over for leverbetinget graviditetskløe. Den sløvende effekt af visse antihistaminer (den slags, der bruges mod transportsyge) kan dog gøre, at man lettere kan sove fra kløen om natten. I visse tilfælde kan andre lægemidler benyttes.

Kontroller under graviditeten og igangsættelse af fødslen

For de fleste gravide med leverkløe er de højest målte galdesalte mellem 19 og 39. I så fald vil der ikke være nogen kendt øget risiko for komplikationer frem til terminen. Du vil skulle have foretaget blodprøvekontroller med 1-2 ugers mellemrum, dog med længere interval, hvis du er tidligt i graviditeten. Vi anbefaler dig igangsættelse af fødslen til termin. Hvis du ikke ønsker igangsættelse, vil vi fortsætte med at følge dig med blodprøver.

Hvis du på et tidspunkt har haft galdesalte mellem 40 og 99 er der formentlig en lille øget risiko for dit barn de sidste uger af graviditeten. Vi vil derfor anbefale dig kontroller med foster-hjertelydskurve (CTG) eller ultralydsscanning. Vi anbefaler også igangsættelse af fødslen to uger før termin. Hvis du ikke ønsker igangsættelse på det anbefalede tidspunkt, vil vi aftale en individuel kontrol af blodprøver og fosterets tilstand.

Hvis du på et tidspunkt har haft galdesalte på 100 eller mere, er der en øget risiko for dit barn de sidste uger af graviditeten. Vi vil derfor anbefale dig kontroller med foster-hjertelydskurve (CTG) og ultralydsscanning. Vi vil også anbefale igangsættelse af fødslen fra seks uger før termin eller lidt senere. Hvis du ikke ønsker igangsættelse på det anbefalede tidspunkt, vil vi aftale en individuel kontrol af blodprøver og fosterets tilstand.

Efter fødslen:

Leverpåvirkningen og kløen forsvinder af sig selv, når du har født. Du kan begynde at amme med det samme, og du kan føde ambulat, hvis fødslen ellers er forløbet normalt.

Du kan stoppe med at tage medicin mod kløen straks efter fødslen. Husk at bestille tid ved din egen læge til kontrol af leverprøverne cirka 8 uger efter fødslen.

Der er en øget sandsynlighed for, at kløen optræder igen i en efterfølgende graviditet. Præcist hvor stor sandsynligheden er, vides ikke.