

## Kommentar

# Gravide med ikke-svangerskapsrelatert sykdom

Syke gravide blir innlagt på kvinneklinikken, selv om deres sykdom ikke har noe med graviditeten å gjøre. Gravide kan få akkurat de samme sykdommene som alle andre. Dette er det ikke alltid lett å huske når man har en høygravid kvinne foran seg. Diagnostikken blir særlig vanskelig når kvinnens symptomer kan forveksles med symptomer på svangerskapsindusert sykdom, som svangerskapsforgiftning og HELLP-syndrom. Dette illustreres godt i kasuistikkene fra Bodø. Fødselslegene fikk diagnostiske utfordringer. Nephropatia epidemica er ikke noen sykdom man møter på til daglig, selv ikke på en stor fødeavdeling.

Kasuistikkene fra Bodø viser problemene ved å ivareta gravide kvinners helse. Enkelte maternelle infeksjoner, også de som er asymptomatiske, utgjør en særlig utfordring på grunn av faren for smitte til fosteret (1).

Gravide kvinner kan få en nyoppstått sykdom under graviditeten, men kan også allerede ha en kronisk sykdom. Sykdom hos gravide reiser tilleggs-spørsmål om diagnostikk, behandling, bivirkninger og prognose (2). Påvirker graviditeten sykdommens symptomer og prognose? Påvirker sykdommen svangerskapets forløp? Påvirker sykdommen i svangerskapet sykdomsrisikoen senere i livet? Har sykdommen eller behand-

lingen betydning for fosteret og barnets fremtidige utvikling? Får mange kvinner feil eller manglende behandling for sin sykdom? Velger mange kvinner abort av frykt for å ha skadet fosteret med medisiner hun har brukt? Inntil 40 % av gravide har brukt urtemedisin (3). Sier dette noe om skolemedisinens behandling av gravide? Hva med amming? Er det riktig at alle kvinner skal amme selv om de er syke og bruker medisiner?

Vi mangler kunnskap for å kunne gi gode svar på mange av spørsmålene. Men internasjonalt er det økende engasjement for å skaffe til veie slik kunnskap og å systematisere den kunnskapen som allerede finnes (4–6).

Noen ildsjeler i Norge har satt søkelyset på kronisk sykdom hos gravide, som for eksempel diabetes. Bedret behandling for gravide diabetikere har redusert perinatal sykkelighet og dødelighet.

I Norge er det 120 000–130 000 personer som enten er gravide eller blir født hvert år. Økende alder blant gravide har muligens bidratt til at forekomsten av kronisk sykdom i denne gruppen er høyere enn for 30 år siden. Forbruket av medisiner i den generelle befolkningen har økt betydelig. Vi har grunn til å tro at en god del kvinner i fertil alder bruker astmamedisin, allergimedisin eller psykofarmaka.

Forekomsten av sykdom hos gravide i Norge er antakelig ikke ubetydelig. Ansvar for behandling av dem kan ikke være overlatt til tilfeldig ervervet kompetanse.

### Anne Eskild

anne.eskild@medisin.uio.no  
Akershus universitetssykehus

*Manuskriptet ble godkjent 5.4. 2006.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Remington JS, Klein JO, red. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Philadelphia: Saunders, 2001.
2. Queenan JT, Hobbins JC, Spong CY, red. Protocols for high-risk pregnancies. 4. utg. Oxford: Blackwell, 2005.
3. Nordeng H. Drug use in pregnancy and after delivery. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2005.
4. Eberhard-Gran M, Eskild A, Oppjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation. CNS Drugs 2006; 20: 187–98.
5. National Teratology Information Service. [www.nyrtdc.nhs.uk/Services/teratology/teratology.html](http://www.nyrtdc.nhs.uk/Services/teratology/teratology.html) (23.3.2006).
6. National asthma education and prevention program asthma and pregnancy working group. Managing asthma during pregnancy: recommendations for pharmacologic treatment – 2004 update. J Allergy Clin Immunol 2005; 115: 34–46.