

Kommentar

Svangerskap, utslett og kløe

Utslett og kløe er vanlig i svangerskapet. Mange kvinner med atopisk eksem og psoriasis opplever forverring av hudsykdommen under svangerskap, og i slike tilfeller er diagnosen vanligvis lett å stille. Ved kløe uten utslett, ev. med noen ekskoria-sjonsmerker og lett, uspesifikk dermatitt, er det viktig å utelukke systemisk sykdom, bl.a. intrahepatisk svangerskapskolestase, en tilstand som nylig er beskrevet i Tidsskriftet (1, 2). Spesifikke dermatoser, som eksemer, kontaktallergi, urticaria og skabb, må vurderes. Hvis det ikke er noe som taler for slike tilstander, kan diagnosen svangerskapskløe (pruritus gravidarum) oftest stilles med stor grad av sikkerhet.

Årsaken til at gravide utvikler svangerskapskløe er ukjent. Det har vært antydning at noen av dem har lett atopisk eksem, og at det i noen tilfeller kan foreligge en viss kolestase. Antakelig er tilstanden heterogen med mange etiologiske faktorer. Kløen debuterer i det fleste tilfeller i annet eller tredje trimester og kan vedvare i flere uker etter nedkomsten. Det er ingen risiko for barn eller mor, selv om det er rapportert om økt bruk av fødselsinduksjon og keisersnitt. Det er

dokumentert at behandling med UV-B-stråler kan ha god effekt (3), og i sommermånedene bør kvinnen oppfordres til å sole seg. Dette er uten risiko for fosteret.

Ved inflammatorisk utslett kan også diagnosen være uklar – det kan være eksem, psoriasis, urticaria eller svangerskapsspesifikke dermatoser, først og fremst polymorf svangerskapsdermatose (tidligere betegnet PUPPP – pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy). Det viktig å huske på at bulløse dermatoser initialt kan ha en ikke-bulløs fase, dette gjelder også svangerskaps-pemfigoid, slik Silje Michelsen Solberg og medarbeidere beskriver i sin artikkel.

Bulløse dermatoser diagnostiseres på grunnlag av immunfluorescensundersøkelser og histologiske undersøkelser, men det er likevel sjelden aktuelt å ta hudbiopsi ut fra en slik problemstilling ved mangel på vesikulobulløse elementer. Til gjengjeld bør forløpet følges nøye, og det bør tas biopsi hvis det dukker opp vesikler eller bullae. Oftest vil det være mest hensiktsmessig at pasienten henvises til spesialist i hudsykdommer for riktig diagnose og valg av behandling og – ikke minst – for at pasienten skal bli best

mulig informert og føle seg ivaretatt. Behandlingen må skje i nært samarbeid med fødeavdelingen.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Hudavdelingen
Rikshospitalet
0027 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lorentzen B, Roland MCP, Henriksen T. En 33 år gammel gravid kvinne med kvalme, kløe og slapphet. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2096–7.
2. Staff A. Svangerskapskløe er oftest – men ikke alltid – ufarlig. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2098.
3. Rivard R, Lim HW. Ultraviolet phototherapy for pruritus. Dermatol Ther 2005; 18: 344–54.

Manuskriptet ble mottatt 8.11. 2007 og godkjent 2.12. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

ANNONSE

**Side
1065**