Norsk cardiologisk selskap – kvalitetsutvalget

|  |
| --- |
| **2018 ESC Guidelines on cardiovascular diseases during pregnancy**  <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Cardiovascular-Diseases-during-Pregnancy-Management-of>  European Heart Journal 2018;39:3165–3241 doi:10.1093/eurheartj/ehy340 |
| Kvalitetsutvalget har innhentet felles uttalelse fra:  Overlege PhD Mette-Elise Estensen, Kardiologisk avdeling, OUS Rikshospitalet og  Overlege PhD Elisabeth Leirgul, Hjerteavdelingen, Haukeland universitetssykehus  *Deres vurdering for norske forhold gjengis (noe forkortet og tilpasset av KU):*  Dette er andre utgave av ESC Guidelines for hjertesyke gravide som vurderes for bruk i Norge. Antall gravide med hjertesykdom øker, og pasientgruppen har fått økende oppmerksomhet de siste 10 årene. Vitenskapen på feltet er derfor av nyere dato, og publikasjonene som finnes om temaet har først kommet de siste årene. Det har vært et stort behov for guidelines som kunne systematisere behandlingen. Siden første versjon i 2012 har det hovedsakelig tilkommet ny kunnskap om diagnostiske teknikker, bedre grunnlag for risikovurdering, og nye anbefalinger for bruk av hjertemedikamenter.  Det er lite kontroversielt, og ikke så mye nytt i de nye retningslinjene, men det er noen punkter vi vil fremheve og som er viktige i behandlingen av pasientgruppen.  Hjertesykdom er i dag en betydelig årsak til komplikasjoner og dødelighet under svangerskap og fødsel. Dette skyldes at flere jenter med kompleks medfødt hjertefeil overlever til fertil alder, vi har større innvandring av unge kvinner med hjertefeil grunnet revmatisk klaffesykdom, samt at det er en større andel eldre mødre med høy risiko for hjerte-kar sykdom.  Mange kvinner med hjertesykdom tåler et svangerskap godt, men komplikasjoner er hyppige og i enkelte tilfeller livstruende for både mor og barn. ESC Guidelines 2018 påpeker betydningen av å identifisere og risikovurdere den hjertesyke kvinnen før svangerskapet. Det anbefales prekonsepsjonell vurdering av alle med erkjent hjertefeil. Dette bør etterstrebes også i Norge.  Dokumentet gir gode tabeller med oversiktlig risikostratifisering i henhold til modified WHO sin klassifisering for maternell risiko ved ulike typer hjertefeil og svangerskap. Dette er et nyttig verktøy i en praktisk hverdag, og anbefales for alle kardiologer og gynekologer som håndterer denne gruppen pasienter i Norge.  Det er spesielt viktig å følge rådene om høyrisiko-svangerskap, slik som pasienter med pulmonal hypertensjon, Eisenmenger-syndrom, redusert venstre ventrikkel-funksjon, systemisk høyre ventrikkel med redusert ventrikkelfunksjon, alvorlig aortadilatasjon, Fontan-pasienter, og kvinner med alvorlig venstresidig klaffeobstruksjon. Dette er pasienter som i henhold til nasjonale retningslinjer for hjertesyke gravide skal henvises til Nasjonal behandlingstjeneste for hjertesyke gravide, OUS Rikshospitalet.  Kvinner med moderat til høy risiko skal følges opp av et tverrfaglig team som består av gynekolog, kardiolog og anestesilege. Forløsningen må planlegges, og alle bør få en individuell forløsningsplan.  De fleste hjertesyke kan føde vaginalt, med noen få unntak som omtales i de spesifikke kapitlene. Også dette krever tverrfaglig kompetanse.  Igangsettelse av fødsel ved uke 40 bør vurderes hos alle gravide kvinner med hjertesykdom. Det er en helt klar anbefaling om at ingen kvinner med kjent hjertesykdom bør gå gravid over tiden.  Vi slutter oss til de fleste generelle anbefalingene i ESC Guidelines 2018 i ulike kapitler om medfødt hjertesykdom, sykdommer i aorta, klaffefeil, iskemisk hjertesykdom, kardiomyopatier, arytmier, hypertensjon og venøs tromboemboli. Dette er oversiktlige, lettleste og informative kapitler. Et eget kapittel omhandler hjertemedikamenter i svangerskapet.  Anbefalingene som gis inkluderer oppfølging i svangerskapet, medikamentell terapi og intervensjon, samt anbefalinger vedrørende forløsning og oppfølging post-partum.  På noen områder mangler som tidligere konklusive data, og dette vanskeliggjør konkrete anbefalinger. Bevis fra prospektive og randomiserte studier på disse områdene er sparsomme, og anbefalingene er oftest basert på konsensus blant eksperter (nivå C). Noen områder er kontroversielle også i Europa, som for eksempel antikoagulasjonsbehandling til pasienter med mekanisk hjerteklaff.  **Kommentarer til noen spesifikke anbefalinger:**  **Klaffesykdom**  Pasienter som planlegger svangerskap og som trenger ny hjerteklaff, skal vurderes av tverrfaglig team før type klaff velges. Det er nytt at dette er nedfelt i guidelines, og viser igjen hvordan man prekonsepsjonelt nå vektlegger å tilrettelegge før svangerskapet (1, C). De kvinnene som allerede har en mekanisk hjerteklaff, bør følges ved sentre som har tverrfaglig kompetanse innen svangerskap og hjertesykdom.  Valvulotomi av mitralklaff er anbefalt før et eventuelt svangerskap hos kvinner med mitralstenose med et areal < 1.0 cm. Dette betyr at man må være mer aktiv i oppfølgingen av kvinner med kjent mitralstenose, og at man må ha lav terskel for å henvise til utredning og behandling. Ved alvorlig symptomgivende mitralstenose kan man også utføre valvulotomi under svangerskapet.  Til tross for erkjennelsen av at økende minuttvolum i svangerskapet forårsaker økning i transvalvulær gradient over venstresidige stenotiske klaffer på omkring 50 %, anbefaler ikke ESC Guidelines 2018 prekonsepsjonell intervensjon hos pasienter som har alvorlig aortastenose, så lenge de er asymptomatiske og har normal venstre ventrikkel-funksjon. Vi er uenige i dette, og mener pasienter med alvorlig aortastenose om mulig skal behandles før et svangerskap.  Vi har også innvendinger til anbefalingene om antikoagulasjonsbehandling under svangerskap hos kvinner med mekanisk klaff. Det er fremdeles uenighet i Europa om man skal behandle disse gravide med ufraksjonert heparin (UHF), LMWH eller med vitamin K- antagonister (VKA) i hele eller deler av svangerskapet. VKA passerer placenta og har fosterskadelige effekter med økt risiko for misdannelser og hjerneblødning hos fosteret. Det er sannsynligvis en viss doseavhengighet, med lav risiko for fosterskade ved doser < 5 mg/dag. ESC Guidelines 2018 vektlegger at det er redusert risiko for klaffetrombose under svangerskapet på VKA-behandling sammenliknet med UHF/LMWH, og anbefaler behandling med VKA fra 2. trimester frem til svangerskapsuke 36. Behandling med VKA anbefales i ESC Guidelines 2018 kontinuert også i 1. trimester for pasienter som bruker < 5 mg pr dag, og det åpnes for å vurdere dette også ved høyere doser.  Praksis i Norge har vært varierende. Ved OUS har man stort sett valgt å behandle pasienter med LMWH gjennom hele svangerskapet, med regelmessig måling av faktor Xa-aktivitet. Vi mener det bør være nasjonale retningslinjer for denne behandlingen, og vil ta initiativ til å utarbeide disse.  LMWH er «drug of choice» når det gjelder behandling av VTE hos alle gravide pasienter (I, B). Terapeutisk dose skal styres etter kvinnens vekt (I, C).  **Aortasykdom**  Svangerskap er ikke anbefalt for pasienter med alvorlig dilatasjon av aorta (medfødt aortasykdom som Marfan, diameter > 45 mm, bicuspid aortaklaff > 50 mm, > 27 mm/m2 BSA og Turner-syndrom aortic size index (ASI) > 25 mm/m2 BSA). Nytt i dette kapitelet er at også pasienter med Turner-syndrom anses som risikopasienter som skal vurderes og følges.  Tidligere anbefaling om prekonsepsjonell kirurgi av dilatert aortarot er fjernet, og alle pasienter som har eller har hatt alvorlig aortadilatasjon, frarådes svangerskap. Det er noe økt risiko for aortadisseksjon også etter aortarotkirurgi hos pasienter med bindevevssykdom. Vår erfaring fra de største norske sentrene er likevel at det har vært lite komplikasjoner i forbindelse med svangerskap hos de fleste pasientgrupper dette gjelder, og vi anbefaler at råd om svangerskap gjøres etter individuell risikovurdering. Svangerskap frarådes hos pasienter med Ehlers-Danlos-syndrom. Dette er en klar og viktig anbefaling pga. den høye disseksjonsfaren.  Hos alle pasienter med en tidligere historie på aortadisseksjon, bør keisersnitt overveies. Dette er allerede gjeldende praksis for de fleste slike pasienter i Norge.  Betablokker-behandling bør overveies hos alle pasienter med Marfan-syndrom og andre arvelige thorakale aortasykdommer. Det er spesielt viktig å unngå hypertensjon hos denne pasientgruppen.  **Arytmier**  For kvinner med SVT er det nå anbefalt å behandle med flekainid eller propafenon, sotalol er ikke lenger anbefalt. Elektrofysiologisk utredning med eventuelt ablasjon er oppgradert til en IIa, C-anbefaling for pasienter med SVT som er vanskelig å behandle, og som tolererer arytmien dårlig. Vi ser igjen at det er en mer aggressiv holdning til optimalisering før og eventuelt under svangerskapet. Dette er i våre øyne en svært viktig oppgradering, da vi ser at vi har økende antall pasienter med tiltagende arytmi under svangerskap.  **Andre nye anbefalinger som har kommet inn i ESC Guidelines 2018:**  Høyre hjertekateterisering anbefales for å stille diagnosen PAH. Dette kan utføres også under svangerskapet dersom det er nødvendig for å avklare diagnosen, eller det foreligger annen sterk indikasjon (I, C). LMWH i terapeutisk dose er anbefalt for gravide pasienter med pulmonal hypertensjon på bakgrunn av kronisk lungeembolisme.  Pasienter med peripartum-kardiomyopati bør vurderes for behandling med bromokriptin for å stoppe laktasjonen og for å bedre venstre ventrikkel-funksjon. Det er svært viktig at dette er nedfelt i retningslinjene, da det foreløpig er svært få steder i Norge som har tatt denne behandlingen i bruk. Amming anbefales ikke for kvinner som bruker platehemmende medikamenter bortsett fra Albyl-E.  **Prenatal diagnostikk**  Enkelte hjertesykdommer som LQTS, bindevevssykdommer og en del kardiomyopatier skyldes spesifikke genfeil som er autosomalt dominant arvelig, med høy risiko for sykdom hos barn. De fleste medfødte hjertefeil kan knyttes til kromosomfeil eller en mer kompleks sammenheng mellom arv og miljø. Barn med en førstegrads-slektning med medfødt hjertefeil har en tredoblet risiko for hjertefeil, altså en absolutt risiko på ca. 4 %. ESC guidelines 2018 gir råd om screening av fostre til kvinner som selv har medfødt hjertefeil, men understreker viktigheten av valgfrihet, informasjon, samt å holde seg innenfor lokalt etisk og juridisk rammeverk. I Norge reguleres tilbud om prenatal diagnostikk av bioteknologiloven. Kriterier for fosterdiagnostikk er blant annet høy risiko (25-50 %) for alvorlig sykdom, slik at de fleste kvinner med medfødte hjertefeil ikke vil komme inn i gruppen som rutinemessig skal tilbys dette. Alle kvinner tilbys som ledd i svangerskapsomsorgen i Norge ultralyd i uke 17-18, og alvorlige hjertemisdannelser vil vanligvis avdekkes i forbindelse med denne undersøkelsen.  **Konklusjon:**  Dette er et grundig arbeid som gir klare og gode retningslinjer for behandling og oppfølging av hjertesyke gravide i Europa, og som i hovedsak er anvendelig for norske forhold.  Vi har få innvendinger, som først og fremst gjelder antikoagulasjonsbehandling til kvinner med kunstige hjerteklaffer, prekonsepsjonell behandling av alvorlig aortastenose, råd til kvinner som er operert for aortadilatasjon, og råd om rutinemessig fosterdiagnostikk. |
| **Kvalitetsutvalgets vurdering, møtedato 26.02.2019**  Hovedpunktene i de nye guidelines for hjertesyke gravide er godt oppsummert av fagekspertene ovenfor. Kvalitetsutvalget vil for egen del påpeke følgende:   1. ESC Guidelines 2018 anbefaler bruk av mWHO-klassifikasjon, som gir en oversiktlig risikostratifisering for maternell risiko ved ulike typer hjertefeil og svangerskap. Det vektlegges prekonsepsjonell vurdering av alle kvinner med erkjent hjertefeil. 2. Kvalitetsutvalget støtter de norske fagekspertenes initiativ for å få nasjonale retningslinjer vedrørende antikoagulasjon hos gravide med mekaniske hjerteklaffer. Valget mellom LMWH med måling av faktor Xa-aktivitet, eller VKA, bør tas av regionale eller nasjonale svangerskapsteam. 3. Bromokriptin er tatt inn i guidelines for behandling av peripartum-kardiomyopati, men dette har hittil vært lite benyttet i Norge. Erfaringer med preparatet bør systematiseres i studier eller registre.   Med disse kommentarer anbefaler vi at NCS gir sin tilslutning til de oppdaterte retningslinjene. |
| Kvalitetsutvalget presiserer: Retningslinjer er råd, ikke regler Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene. |
| NCS har i styremøte 09.04.2019 2019 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon. |

Kvalitetsutvalget i NCS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ole-Gunnar Anfinsen  leder  (sign.) | Assami Rösner  (sign.) | Vernon Bonarjee  (sign.) |