

NCS – 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, Ph.D. Mette-Elise Estensen,
Kardiologisk avdeling, Oslo universitets-
sykehus, Rikshospitalet og

Overlege, Ph.D. Elisabeth Leirgul, Hjer-teav-
delingen, Haukeland universitetssjukehus

*Deres vurdering for norske forhold
gjengis (noe forkortet og tilpasset av KU)*

Dette er andre utgave av ESC-retningslin-
jene for hjertesyke gravide som vurderes for
bruk i Norge. Antall gravide med hjerte-
sykdom 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 retningslinjer 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 hjer-tefeil overlever til fertil alder, vi har større innvandring av unge kvinner med hjer-tefeil grunnet revmatisk klaffesykdom samt at

det er en større andel eldre mødre med høy risiko for hjerte-karsykdom.

Mange kvinner med hjertesykdom tåler et svangerskap godt, men komplikasjoner er hyppige og i enkelte tilfeller livstruende for både mor og barn. ESC-retningslinjene fra 2018 påpeker betydningen av å identifisere og risikovurdere den hjertesyke kvinnen før svangerskapet. Det anbefales prekonsepsjonell vurdering av alle med erkjent hjerteefeil. Dette bør etterstrebese også i Norge.

Dokumentet gir gode tabeller med oversiktlig risikostratifisering i henhold til den modifiserte WHO-klassifiseringen for maternell risiko ved ulike typer hjerteefeil 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, Eisenmengers syndrom, redusert venstre ventrikkelfunksjon, 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, Oslo universitetssykehus (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-retningslinjene fra 2018 i ulike kapitler om medfødt hjertesykdom, sykdommer i aorta, klaffeifeil, iskemisk hjertesykdom, kardiomyopater, arytmier, hypertensjon og venøs tromboembolisme. Dette er oversiktlig, lettteste og informa-

tive 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 retningslinjene 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 cm². 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-retningslinjene fra 2018 prekonsepsjonell intervensjon hos pasienter som har alvorlig aortastenose, så lenge de er asymptomatiske og har normal venstre ventrikkelfunksjon. 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), lavmolekylært heparin (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 dose-avhengighet, med lav risiko for fosterskade ved doser < 5 mg/dag. ESC-retningslinjene 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-retningslinjene 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 venøs tromboembolisme 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, bikuspid aortaklaff > 50 mm og aortastørrelseindeks > 27 mm/m² kroppsoverflate og turner-syndrom og aortastørrelseindeks > 25 mm/m² kroppsoverflate). Nytt i dette kapitlet er at også pasienter med turner-syndrom anses som risikopasienter som skal vurderes og følges.

Tidligere anbefaling om prekonseptjonell kirurgi av dilatert aortarot er fjernet, og alle pasienter som har eller har hatt alvorlig aortadilatasjon, frarådes svanger-

skap. Det er noe økt risiko for aortadissekasjon 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 aortadissekasjon bør keisersnitt overveies. Dette er allerede gjeldende praksis for de fleste slike pasienter i Norge.

Betablokker-behandling bør overveies hos alle pasienter med Marfans syndrom og andre arvelige torakale aortasykdommer. Det er spesielt viktig å unngå hypertensjon hos denne pasientgruppen.

Arytmier

For kvinner med supraventrikulær takykardi 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 supraventrikulær takykardi som er vanskelig å behandle, og der pasienten 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 et økende antall pasienter med tiltagende arytmi under svangerskap.

Andre nye anbefalinger som har kommet inn i ESC-retningslinjene

Høyre hjertekateterisering anbefales for å stille diagnosen primær pulmonal hypertensjon. 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-kardio-myopati bør vurderes for behandling med bromokriptin for å stoppe laktasjonen og for å bedre venstre ventrikkels 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 blodplatehemmende medikamenter bortsett fra acetylsalisylsyre.

Prenatal diagnostikk

Enkelte hjertesykdommer som lang QT-tidssyndrom, bindevævssykdommer og en del kardiomyopati er 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 første-gradslekning med medfødt hjertefeil har en tredoblet risiko for hjertefeil, altså en absolutt risiko på ca. 4 %. ESC-retningslinjene 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, prekonseptjonell behandling av alvorlig aortastenose, råd til kvinner som er operert for aortadilatasjon og råd om rutinemessig fosterdiagnostikk.

Kvalitetsutvalget i NCS

Ole-Gunnar Anfinssen
leder
(sign.)

Assami Rösner
(sign.)

Vernon Bonarjee
(sign.)

NCS har i styremøte 9.4.2019 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.

Kvalitetsutvalgets vurdering, møtedato 26.2.2019

Hovedpunktene i de nye retningslinjene for hjertesyke gravide er godt oppsummert av fagekspertene ovenfor. Kvalitetsutvalget vil for egen del påpeke følgende:

1. ESC-retningslinjene anbefaler bruk av mWHO-klassifikasjon, som gir en oversiktlig risikostatistisering for maternell risiko ved ulike typer hjertefeil og svangerskap. Det vektlegges prekonseptjonell 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 retningslinjene 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.