

# ESC GUIDELINES ON THE MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES DURING PREGNANCY

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines//Pages/Pregnancy.aspx>

European Heart Journal 2011; 32: 3147-97.

Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra:

Overlege Mette-Elise Estensen, Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Overlege Anne-Sofie Letting, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

## Disse har levert felles uttalelse (lett revidert av KU)

Dette er de første retningslinjene for hjertesyke gravide som vurderes for bruk i Norge. Dette er en økende og forholdsvis ny gruppe pasienter. Vitenskapen her er derfor av nyere dato, og lærebøkene som finnes om temaet, har kommet de siste årene. Det er derfor et behov for retningslinjer som kan systematisere behandlingen og gi retningslinjer for denne gruppen pasienter.

Hjertesykdom er i dag en betydelig årsak til komplikasjoner og dødelighet under svangerskap og fødsel. Dette skyldes både at flere barn med medfødt hjertefeil overlever, samt en større andel eldre mødre og mer overvekt, diabetes og hypertoni i befolkningen generelt.

Mange kvinner med hjertesykdom tåler et svangerskap godt, men komplikasjoner er hyppige og i enkelte tilfeller livstruende for både mor og barn. ESC-retningslinjene støtter viktigheten av å identifisere, screene og risikovurdere den hjertesyke kvinne før svangerskapet. ESC vektlegger prekonseptuell vurdering av alle med

medfødt hjertefeil. Dette bør etterstrebes også i Norge.

Retningslinjene gir gode tabeller med oversiktlig risikostratifisering for ulike typer svangerskap. Det er et nyttig verktøy i en praktisk hverdag og anbefales for alle kardiologer og gynekologer som håndterer denne gruppen pasienter.

Det er viktig å følge retningslinjenes råd, spesielt om høyrisikosvangerskap, for eksempel pasienter med pulmonal hypertensjon, Eisenmengers syndrom, cyanotiske pasienter uten pulmonal hypertensjon og kvinner med alvorlig venstresidig obstruksjon.

Det understrekes viktigheten av at de med høy risiko følges av et tverrfaglig team som består av gynekolog, kardiolog og anestesilege. Dette er essensielt for å lykkes med å få komplikasjonsraten ned.

De fleste hjertesyke kan føde vaginalt, med noen få unntak som bl.a. omtales i kapittel 2, samt i de spesifikke kapitlene. Også dette krever tverrfaglig kompetanse. Forløsningen må planlegges, og alle bør få laget en individuell forløsningsplan.

De generelle anbefalingene støttes av 8 kapitler om spesifikke sykdomsgrupper som medfødt hjertesykdom, sykdommer i aorta, klaffefeil, iskemisk hjertesykdom, kardiomyopati, arytmier, hypertensjon og venøs tromboemboli. 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 konklusive data. Dette vanskeliggjør konkrete anbefalinger. Bevis fra prospektive og randomiserte

studier på disse områdene er sparsomme, og anbefalingene har oftest evidensnivå C. Noen områder er kontroversielle, også i Europa, som for eksempel antikoagulasjonsbehandling til pasienter med mekanisk hjerteklaff.

### Kommentarer til noen kapitler:

Kapittel 5: Vår innvendig og uenighet i forhold til ESC-retningslinjene er antikoagulasjonsbehandling under svangerskap hos kvinner med mekanisk klaff. Vi har i OUS stort sett valgt å behandle pasienter med LMWH gjennom hele svangerskapet og har mindre erfaring med bruk av OAC. ESC-retningslinjene vektlegger imidlertid betydelig redusert risiko for klaffetrombose under svangerskapet (2,4 %, 7/287) på OAC-behandling sammenliknet med UHF i første trimester (10,3 %, 16/156). En review fra 2009 har vist 3,6 % risiko for klaffetrombose (2/56) for pasienter behandlet med LMWH. På den annen side passer OAC placenta og har fosterskadelige effekter med økt risiko for misdannelser og hjerneblødning hos fosteret. Det er uenighet i Europa om man skal behandle disse gravide med LMWH i hele svangerskapet eller, som i disse retningslinjene, med OAC i deler av svangerskapet.

LMWH må følges med anti-Xa-målinger. Vi har også hatt diskusjoner i vårt team når det gjelder anti-Xa-nivå under svangerskap og mekanisk klaff. ESC-retningslinjene setter nivå på 0,8-1.2 U/ml. Ifølge våre hematologer er ikke dette et absolutt mål som skal følges. Man må gjøre en helhetsvurdering og vurdere maksdose i forhold til pasientens vekt.

Kapittel 9 omhandler hypertensive lidelser i svangerskapet som foruteksisterende hypertoni, svangerskapsindusert hypertoni og preeklampsi. Det eksisterer allerede nasjonale retningslinjer for behandling av dette i norsk "Veileder for fødselshjelp 2008" fra Norsk gynekologisk forening, tilgjengelig på Legeforeningens sider. Det er ikke mye som avviker, men vi bruker fortrinnsvis labetalol som førstevalg fremfor metyldopa.

Kapittel 10 omtaler risikovurdering og behandling for tromboemboliske hendelser i svangerskap og postpartum. Disse er stort sett i tråd med de nasjonale retningslinjer som vi allerede har for dette "Veileder for fødselshjelp 2008".

### Konklusjon:

Bortsett fra nevnte kontrovers om OAC versus LMWH ved mekanisk hjerteklaff, er det få innvendinger å komme med når de europeiske retningslinjene for gravide med hjertesykdom endelig foreligger. Dette er et godt arbeid som gir gode retningslinjer for behandling og oppfølging av hjertesyke gravide i Europa, og som er appliserbart til norske forhold.

### Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 170212):

Som det fremgår av ekspertuttalelsen, gir de nye retningslinjene en god oppdatering av hvordan denne pasientgruppen skal kontrolleres og behandles. Det presiseres at høyrisikopasientene skal følges i et tverrfaglig team. Et slikt tverrfaglig ressurscenter er etablert på OUS, Rikshospitalet, og kan kontaktes fra hele landet.

Det mest problematiske diskusjonstema i forhold ESC-retningslinjene gjelder antikoagulasjon under svangerskap hos kvinner med mekanisk hjerteventil. De nye retningslinjene legger vekt på at warfarin gir den laveste tromboserisiko ved mekaniske klaffer. Risiko for fosterskade nedtones, særlig hvis dagsdosen er under 5 mg. Det anbefales derfor warfarin gjennom hele svangerskapet ved dagsdose under 5 mg; skifte til ufraksjonert eller lavmolekylært heparin bare ukene 6-12 dersom dagsdosen av warfarin er over 5 mg. Mot slutten av svangerskapet skiftes fra warfarin til UFH frem til planlagt forløsning.

De norske ekspertene anbefaler LMWH gjennom hele svangerskapet; en praksis man har lang og god erfaring med i Norge. Det gir lav tromboserisiko, og risiko for fosterskade er liten. Det forutsetter tett oppfølging av kardiolog og hematolog, med

regelmessig måling av anti-Xa-aktivitet og dosejustering av LMWH i forhold til vekt. Kvalitetsutvalgets medlemmer deler de norske ekspertenes kliniske inntrykk av at LMWH har fungert tilfredsstillende i vår populasjon av gravide med mekaniske klaffer. Men det er stort behov for norske registerdata som kan dokumentere om dette inntrykket er berettiget. Med disse presiseringene anbefaler vi at NCS gir sin tilslutning til 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 avvike retningslinjene.

Oslo den 17.02.12

Ole-Gunnar Anfinen  
leder  
(sign)

Tone Nerdrum  
(sign)

Vernon Bonarjee  
(sign)

**NCS har i styremøte den 15.03.12 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.**