



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI  
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

Uppdaterat dokument godkänt av Argus 2025-05-20

## Praktisk handläggning inför, under och efter graviditet hos kvinnor med SLE

Arbets och – referensgruppen för reumatiska sjukdomar i relation till  
obstetrik och gynekologi,

Reuma-ARG

## Författare

Tansim Akhter, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Aleksandra Antovic, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Katarina Bremme, Karolinska universitetssjukhuset, Karolinska institutet, BMM Sbg

Evy Björnehall, Reumatologiska kliniken, Västerbotten

Monika Cieniawa, Reumatologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro

Johanna Dahlqvist, Enheten för reumatologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Marie Fischer, Reumatologen, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Toma Fritz, Kvinnokliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Östra, Göteborg

Linda Iorizzo, Kvinnokliniken, Skånes universitetssjukhus

Veronika Lindqvist, Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

Isabel Löhr, Kvinnokliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Gunnel Nordmark, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Sofia Pihl, Kvinnokliniken, Linköpings universitetssjukhus

Carmen Roseman, Reumatologi, Skånes universitetssjukhus

Emmie Rydström, Kvinnokliniken, Centrallasarettet Växjö

Muna Saleh, Reumatologkliniken, Linköpings universitetssjukhus

Verena Sengpiel, Kvinnokliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Maria Sennström, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Marit Stockfelt, Reumatologen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Emilian Urleteanu, VO Obstetrik och gynekologi, Universitetssjukhuset i Örebro

Samtliga författare har lämnat jävsdeklaration, som kan tillhandahållas via SFOG:s kansli. Ingen av författarna har deklarerat något jäv som bedöms vara av betydelse för rapporten.

## Innehållsförteckning

Antikonception, fertilitet, menopaus, cancerprevention och graviditet	4
<i>Allmänt</i>	4
<i>Fertilitet</i>	4
<i>Menopaus</i>	4
<i>Cancerprevention</i>	5
<i>Graviditet</i>	5
Inledning	5
Prekonceptionell rådgivning	5
Kontroller hos reumatolog	7
Första läkarbesöket under graviditeten	7
Övervakning under graviditet	8
Barnmorskekontroller	8
Förlossning och BB-tid	9
Post partum	9
Neonatalt lupussyndrom	10
Bilaga 1. Provtagning utöver basprogram	11
Referenser	12

# Antikonception, fertilitet, graviditet, cancer prevention och menopausal hormonterapi vid SLE

## Allmänt

Systemisk Lupus Erythematosus (SLE) är en kronisk autoimmun systemsjukdom som kännetecknas av inflammation, destruktion av vävnad och som kan drabba i stort sett alla organ i kroppen. Sjukdomen drabbar oftast kvinnor under den fertila åldern.

Diskutera familjebildning, fertilitet, graviditet och preventivmedel med patienter med SLE från ett tidigt skede, gärna i samband med information om diagnos.

## Antikonception

För hormonell antikonception rekommenderas i första hand enbart gestageninnehållande p-piller eller hormonspiral (gestagen). Högdosgestagener (Depo-provera) bör undvikas. Dagen efter piller kan användas.

## Fertilitet

Vid SLE finns en ökad risk för graviditetskomplikationer med negativt utfall för både kvinnan och fostret [1, 2]. Inför önskemål om graviditet rekommenderas ett prekonceptionellt möte med obstetriker. Se vidare nedan under Graviditet.

Kvinnor med SLE har inte nedsatt fertilitet jämfört med befolkningen i övrigt. Om assisterad befruktning är aktuell kan ovulationsstimulering och in vitro fertilisering övervägas vid stabil SLE. I första hand ska icke hormonella metoder, dvs normal menscykel, användas. Patient med SLE med associerat antifosfolipidsyndrom ska ges antikoagulation (samma doser som vid graviditet) och/eller acetylsalicylsyra (ASA) vid ovulationsstimulering och in vitro fertilisering. Se SFOG-råd Hemostas.

Vid behandling med Sendoxan bör kvinnan remitteras till reproduktionsmedicinsk enhet för bedömning avseende fertilitetsbevarande behandling. GnRH-analog kan övervägas [3].

## Menopaus

Vid menopaus kan menopausal hormonterapi (MHT) ges vid svåra menopausala manifestationer hos patient med SLE vid stabil/inaktiv sjukdom. Hos patient med antifosfolipidsyndrom (APS) beaktas risken för trombos och kardiovaskulär sjukdom. I första hand ges transdermal administrering. Se SFOG-råd Menopausal hormonterapi (MHT).

## Cancerprevention och cancerrisk

Kvinnor med SLE har ingen ökad risk för bröst-, ovarial- eller endometriecancer jämfört med normabefolkningen. Dock har SLE patienter högre risk för cervixdysplasi (men ej för cervixcancer), vagina och vulva cancer. För cervixcancerprevention följ det nationella vårdprogrammet [www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se) Livmoderhalscancerprevention.

Human papillomavirus (HPV) vaccination kan ges till patienter med stabil sjukdom.

## Graviditet

### Inledning

Graviditet hos kvinnor med SLE betraktas som riskgraviditet för både kvinnan och barnet, också när sjukdomen är inaktiv. Graviditet bör föregås av noggrann planering och tillståndet bör ha varit stabilt minst sex månader innan graviditet.

De vanligaste komplikationerna är SLE-skov, tidiga eller sena missfall, intrauterin fosterdöd, preeklampsi, prematur förlossning och placentainsufficiens. Cirka 50 procent av patienterna får skov i sjukdomen under graviditeten eller postpartum, framför allt i hud och leder.

Ökad risk för komplikationer gäller fram för allt kvinnor med SLE som har

- förekomst av antifosfolipidantikroppar (aPL-ak): anti-kardiolin antikroppar (IgG, IgM), anti- $\beta$ 2-glykoprotein I antikroppar (IgG, IgM) och lupusantikoagulans
- SS-ARo52, SS-ARo60/SS-B positiva
- tidigare njurengagemang (genomgången njurengagemang predisponerar för njurskov under graviditet) med nedsatt njurfunktion
- vid hypertoni, vaskulit eller cytopenier.

Hälften av aPL-ak positiva SLE patienter får någon gång en trombos eller graviditetskomplikation. Behandlingen av Antifosfolipidsyndrom under graviditet varierar mellan olika centra men baseras på behandling med ASA och/eller lågmolekylärt heparin. Hydroxiklorokin har visat sig ha en gynnsam effekt på graviditetsutfall hos kvinnor med SLE med aPL eller associerat APS [4].

### Prekonceptionell rådgivning

Prekonceptionell rådgivning hos obstetriker förordas i *samtliga fall* av SLE.

### **Anamnes**

Ålder

Organpåverkan t.ex. njurpåverkan eller lungpåverkan

Sjukdomsaktivitet avseende SLE

Pågående behandling / Fosterskadande läkemedel

Tidigare graviditetskomplikationer

Tidigare tromboembolism, förekomst av antifosfolipid-antikroppar

Hypertoni

Rökning / Alkohol

Övervikt  
Diabetes  
Thyroidea-sjukdom  
Tidigare fött barn med kongenitalt hjärtblock

### ***Informera om risker***

Missfall / Intrauterin fosterdöd (IUFD)  
Intrauterin tillväxthämning (IUGR)  
Preeklampsi / Gravitetshypertoni (10-15 procent utan APS, 10-20 procent med APS)  
HELLP (1-1,5 procent utan APS, 3-5 procent med APS)  
Prematuritet (25-35 procent utan och med APS)  
Risk för kongenitalt hjärtblock vid förekomst av SSA-ak samt neonatalt lupussyndrom vid förekomst av SSA- och/eller SSB-ak  
Risk för "flare up" av SLE och försämring av organpåverkan under graviditeten och ett år efter partus  
Trombos (venös och arteriell)  
Lupusnephrit, särskilt med proteinuri eller hypertoni ökar riskerna ytterligare. Vänta med graviditet 6 mån. efter aktiv lupusnephrit.

### ***Avråd från graviditet (i samråd med reumatolog eller annan organspecialist) vid***

- Svår pulmonell hypertension (> 50mm Hg)
- Svår restriktiv lungsjukdom (FVK < 1 l)
- Svår kronisk njursjukdom med påtagligt sänkt GFR. Konsultera njurmedicinare
- Svår aktiv sjukdom inom det senaste halvåret
- Stroke senaste året
- Svårreglerad hypertoni

### ***Bedömning och åtgärder inför graviditet***

Sjukdomen bör vara i ett lugnt skede i minst 6 månader.

Fosterskadande läkemedel ska bytas ut. Samråd med reumatolog. Vänta med graviditet minst tre till sex månader efter ändring av behandling av SLE. <https://riktlinjer.svenskreumatologi.se/riktlinjer-och-rekommendationer/rekommendationer-avseende-anti-inflammatorisk-och-immun-modulerande-behandling-i-samband-med-graviditet-och-amning-arbetsfil/>

Kontrollera att patienten behandlas med **hydroxyklorokin (Plaquenil)**. Kontakta annars reumatolog för insättning snarast och rådgör med ansvarig reumatolog angående dessa punkter. Basbehandling med Plaquenil ger färre antal skov under graviditeten [5], och kan möjligen minska risk för kongenitalt hjärtblock hos SS-A positiva SLE patienter [6]. Plaquenil minskar även risken för skov hos icke gravida.

Folsyra 400 mikrogram/dag startas innan konceptionen och fortsätts till graviditetsvecka 12. Om patienten tidigare medicinerat med methotrexat fortsätts folsyrabehandlingen med 2,5 mg/dag under graviditeten.

Vit-D och calcium sätts in v.b. efter provtagning.

Bisfosfonater ska ej ges under graviditet och amning. Sätts ut sex månader innan graviditet. Ge patienten råd att börja med ASA (Trombyl 75 mg t.n.) vid positiv grav.test.

Se till att **relevanta prover** är tagna, **se Bilaga 1**. Kontrollera att patienten följt *screeningprogrammet för cytologprov*. Om inte, ta cytologprov vid besöket.

### *Kontroller hos reumatolog*

Vid okomplicerad graviditet och låg/icke aktiv SLE görs kontroller hos reumatolog 1-2 gånger under graviditeten samt ett besök postpartum. Alternativt 1 gång per trimester samt postpartum eller flera gånger vid aktiv SLE och högre risk för SLE-relaterade graviditetskomplikationer. Lokala traditioner kan styra detta.

### *Första läkarbesöket under graviditeten*

Tidig datering (v. 11+0 – 13+6) för att kunna spåra tidig tillväxthämning (intrauterin growth restriction, IUGR).

Kontrollera att relevanta prover är tagna. **Se Bilaga 1**.

Kontrollera att patienten behandlas med **Plaquenil**. Om inte, kontakta reumatolog.

Kontrollera att patienten inte står på några fosterskadande läkemedel, rådgör med reumatolog vid behov.

Sätt in **ASA** som prevention mot preeklampsi (Trombyl 75 mg t.n.).

Vid APS är **låg molekyllärt heparin** (LWMH) indicerat, se nedan behandling av APS.

Kontrollera att patienten behandlas med **folsyra**, sätt vid behov in folsyra, calcium och vitamin D.

Kontrollera att patienten följt screeningprogrammet för cervixdysplasier. Om inte, ta cytologprov vid besöket om detta inte gjorts i samband med prekonceptionell rådgivning.

Etablera kontakt med ansvarig reumatolog. Gör upp om vem som sköter provtagning under graviditeten.

Ordna med inskrivning på Specialist-MVC (alla SLE-patienter).

Planera fortsatta kontroller under graviditeten utöver basprogram, gör en preliminär förlossningsplanering och skriv en **plan i patientens journal**. Skriv behövliga remisser, **se "Övervakning under graviditet."**

**Trombosprofylax** med LWMH ges på samma indikationer som till andra gravida beroende på riskfaktorer, se SFOGs riskscore. För all behandling här och nedan med LMWH hänvisas till HEM-ARGs SFOG-råd Hemostas.

Om kvinnan står på Waran ska detta bytas mot LMWH före graviditetsvecka 6. Observera att trombosprofylax ska fortsättas även efter missfall/avbrytande av graviditet enl. klinikens rutin.

### **Behandling av antifosfolipidantikroppar med eller utan APS**

- Vid antifosfolipidantikroppar utan tidigare obstetrisk eller trombotisk manifestation bör LWMH i normal profylax-dos (ex. Fragmin 5000 IEx1) övervägas tillsammans med ASA 75mg.
- Vid obstetriskt APS bör LWMH övervägas tillsammans med ASA 75mg, beroende på antikroppsstatus. Rådgör med koagulationsspecialist.
- Vid APS med tidigare trombos ges högdosprofylax med LWMH (ex. Fragmin 5000 IEx2) samt ASA 75mg t.n. Vid behov, rådgör med erfaren koagulationskunnig kollega.

OBS! att samtidig behandling med LWMH och ASA ökar risken för blödningskomplikationer.

### *Övervakning under graviditet*

#### **Alla kvinnor**

Alla patienter gör viktskattning var 4:e vecka och vid behov flödesmätning i a. umbilicalis från grav.vecka 24. Mätning av flöde i a. uterina enligt lokala riktlinjer (Se även ultra-ARGs riktlinjer). Läkarebedömning vid behov samt i v. 39+6. Vid avsaknad av maternella och/eller fetala komplikationer kan graviditeten fortsätta som för andra kvinnor enligt klinikens rutiner. Vid debut av preeklampsi ska man även överväga differentialdiagnosen lupusnefrit. Rådgör med reumatolog.

#### **Förekomst av SSA-antikroppar**

Om kvinnan saknar SSA-antikroppar görs rutinultraljud och eventuell organscreening vid sedvanlig tid. I de fall där den seropositiva (SSA-antikroppar) kvinnan inte har anamnes på tidigare foster/barn med AV-block, rekommenderas veckovis uppföljning inom mödravården med avlyssning av hjärtats rytm under v. 16-24. Vid tillstötande arytm/bradykardi rekommenderas remiss till fosterkardiologisk/-medicinsk enhet för bedömning. Om patienten har SSA-antikroppar och tidigare fött barn med AV-block eller kutan lupus neonatalt följs lokala rutiner (se nedan).

#### **Vid behandling med lågmolekylärt heparin (LWMH)**

Patienter med lågmolekylärt heparin följs med anti FXa-aktivitet enligt sedvanlig rutin. Se Hem-ARGs rekommendationer.

#### **ASA-profylax**

ASA sätts ut i v. 36 om pat saknar antifosfolipidantikroppar. Om patienten har antifosfolipidantikroppar står hon kvar på ASA över förlossningen och minst 12 veckor post partum.

#### **Blodtrycksbehandling**

Se SFOGs dokument avseende behandling av hypertoni.

**Apresolin** (hydralazin) kan ges till SLE-patienter vid svår hypertoni om inte andra läkemedel haft effekt, men kan ge SLE-liknande symptom.

### *Barnmorskekontroller*

Blodtryck och urinsticka samt övriga sedvanliga rutinkontroller minst varannan vecka till grav.vecka 34, därefter varje vecka fram till partus. Laboratorieprover **enligt Bilaga 1**.

Kontroll av fosterljud v. 16-24 vid pos. SSA-ak enl. ovan.

### *Förlossning och BB-tid*

Eftersträva spontan, vaginal förlossning i fullgången tid.

Kontrollera följande laboratorieanalyser: Hb, TPK, kreatinin, ALAT, urinsticka och ev albumin(protein)/kreatininkvot vid ankomsten till förlossningen.

Inför ev. EDA/spinal tas även APTT och PK.

Övervaka fostret noga under förlossningen som vid andra högriskgraviditeter.

Skärpt observans på blödning och blodtryck.

Överväg Solucortef om pat. stått på Prednisolon.

Ej tidig hemgång.

**Nepresol** (dihydralazin) kan ges till SLE-patienter som kortvarig akutbehandling vid svår hypertoni om inte andra läkemedel haft effekt, men kan ge SLE-liknande symptom.

**Trombosprofylax** enligt gängse rekommendationer utifrån riskfaktorer. OBS att samtidig behandling med LWMH och ASA ökar risken för blödningskomplikationer.

Om mamman har SSA- och/eller SSB-antikroppar skall barnet övervakas med tanke på neonatal lupus, **informera neonatolog**. Kan ge hudsymtom (går i regress inom 6 mån. post partum) och kongenitalt AV-block. **Se nedan ” Neonatalt lupussyndrom”**.

### *Post partum*

Patient utan komplikationer gör sedvanlig efterkontroll hos ansvarig barnmorska 6-8 veckor post partum. Återbesök till ansvarig obstetriker enligt individuell bedömning.

Säkerställ att patienten har kontakt med sin reumatolog. Remiss till reumatolog skrivs v.b. vid hemgång från BB.

Påminn om att patienten bör följa screeningprogrammet för cytologprov. Tag prov om det inte gjorts enl. screeningprogrammets rutin.

**Trombosprofylax** med lågmolekylärt heparin fortsätts minst 6 veckor. Om patienten har antifosfolipidantikroppar fortsätts både ASA och LMH minst 12 v. Waran återinsätts om kvinnan stod på detta innan graviditeten.

### **Läkemedelsbehandling vid amning**

Se SRFs dokument avseende läkemedel vid graviditet och amning

<https://riktlinjer.svenskreumatologi.se/riktlinjer-och-rekommendationer/rekommendationer-avseende-anti-inflammatorisk-och-immun-modulerande-behandling-i-samband-med-graviditet-och-amning-arbetsfil/>

### *Neonatalt lupussyndrom*

- Hos barn till mammor som har SS-A och SS-B ak och är oberoende av sjukdomsaktivitet.

Meddela neonatolog vid partus.

- Ovanligt
- Oftast självläkande (inom 4-6 mån)
- Hud (fotodistribuerande utslag)
- Anemi/ Trombocytopeni
- Hepatosplenomegali
- Neurologiska engagemang kan ses
- Hjärta (Kongenitalt hjärtblock) kan vid förekomst av SSA-ak utvecklas mellan v 16-24. Detta är oftast ej reversibelt. Allvarligaste manifestationen är komplett hjärtblock vilket ses hos 2 procent av dessa graviditeter, fosterdödlighet på 20 procent, ca 50 procent av barnen behöver pacemaker, 10 procent utvecklar kardiomyopati, 10-års mortaliteten är 20-35 procent. Risken är högre om man tidigare fött ett barn med kongenitalt hjärtblock.
- Kongenitalt hjärtblock hos fostret kan på försök behandlas med dexametason.. Hydroxyklorokin tros förebygga utvecklingen av kongenitalt hjärtblock [4].

## Bilaga 1: Provtagning utöver basprogram

### ***Första kontrollen innan/under graviditet***

- SR, CRP
- Hb, LPK, TPK, neutrofila
- ASAT, ALAT
- Kreatinin
- ev GFR alt Cystatin C
- Anti-kardiolipinantikroppar (aCL) av av IgG och IgM isotyp, anti-β2glykoprotein I antikroppar (aβ2GPI) av av IgG och IgM isotyp, lupusantikoagulans (LA)
- ANA screen (som inkl anti-dsDNA, SS-A, SS-B ak)
- Komplement (C3, C4 C3d vid nefrit C1q ak)
- Urinsticka, urinsediment, U-Albumin/Kreatinin-kvot (tu-alb)

### ***Vid lågaktiv SLE rekommenderas kontroll en gång per trimester, vid aktiv sjukdom, tätare kontroller.***

- Hb, LPK, TPK
- ALAT
- Kreatinin, urinstickor

### ***I tillägg varje trimester, överväg***

- Komplement
- Anti-dsDNA
- U-albumin/kreatinin kvot (vid njurengagemang)

## Referenser

1. Nili F, McLeod L, O'Connell C, Sutton E, McMillan D. Maternal and neonatal outcomes in pregnancies complicated by systemic lupus erythematosus: a population-based study. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC.* 2013;35(4):323-8.
2. Molokhia M, Maconochie N, Patrick AL, Doyle P. Cross-sectional analysis of adverse outcomes in 1,029 pregnancies of Afro-Caribbean women in Trinidad with and without systemic lupus erythematosus. *Arthritis research & therapy.* 2007;9(6):R124.
3. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, Brown S, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Annals of the rheumatic diseases.* 2017;76(3):476-85.
4. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M, Amoura Z, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Annals of the rheumatic diseases.* 2019;78(10):1296-304.
5. Levy RA, Vilela VS, Cataldo MJ, Ramos RC, Duarte JL, Tura BR, et al. Hydroxychloroquine (HCQ) in lupus pregnancy: double-blind and placebo-controlled study. *Lupus.* 2001;10(6):401-4.
6. Barsalou J, Jaeggi E, Laskin CA, Brown P, Tian SY, Hamilton RM, et al. Prenatal exposure to antimalarials decreases the risk of cardiac but not non-cardiac neonatal lupus: a single-centre cohort study. *Rheumatology (Oxford, England).* 2017;56(9):1552-9.
7. Izmirly P, Kim M, Friedman DM, Costedoat-Chalumeau N, Clancy R, Copel JA, et al. Hydroxychloroquine to Prevent Recurrent Congenital Heart Block in Fetuses of Anti-SSA/Ro-Positive Mothers. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(3):292-302.
8. Sinha A, Bagga A. Pulse steroid therapy. *Indian J Pediatr.* 2008;75(10):1057-66.
9. Clowse ME, Magder L, Petri M. Cyclophosphamide for lupus during pregnancy. *Lupus.* 2005;14(8):593-7.
10. Nelson-Piercy C, Agarwal S, Lams B. Lesson of the month: selective use of cyclophosphamide in pregnancy for severe autoimmune respiratory disease. *Thorax.* 2016;71(7):667-8.
11. Gordon C, Amissah-Arthur MB, Gayed M, Brown S, Bruce IN, D'Cruz D, et al. The British Society for Rheumatology guideline for the management of systemic lupus erythematosus in adults: Executive Summary. *Rheumatology (Oxford, England).* 2018;57(1):14-8.