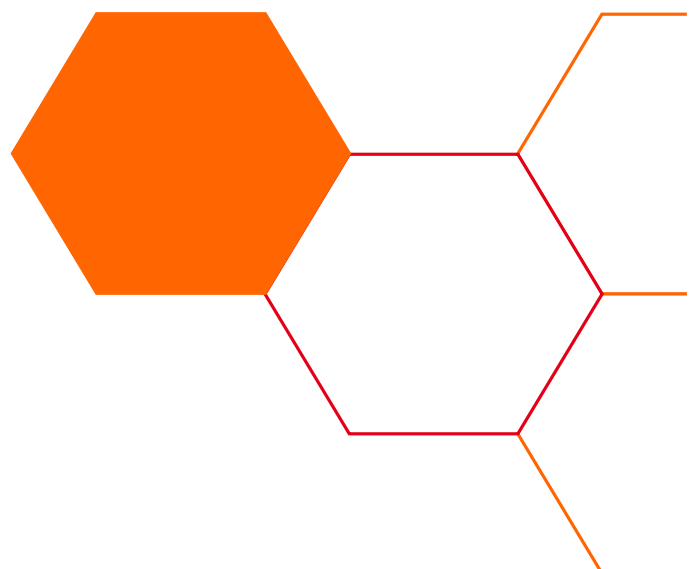


Regional riktlinje för trombosprofylax under graviditet, förlossning och postpartum inom mödrahälsovården

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne, framtagna i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören.



INNEHÅLL

1. FÖRORD.....	3
2. DOKUMENTINFORMATION	4
3. BAKGRUND.....	5
4. HÄLSOSAMTAL OCH INSKRIVNING.....	5
5. BEDÖMNING	5
6. UTREDNING.....	5
7. VID FRÅGOR KONTAKTA.....	5
8. BERÄKNING AV RISKPOÄNG.....	6
9. PROFYLAX OCH RISKPOÄNG.....	7
10. TIDPUNKT FÖR PROFYLAX.....	7
11. DOSERING AV LÅGDOSHEPARIN (LMH).....	7
12. REFERENSER.....	8



1. FÖRORD

Venös tromboembolism innebär tromber i benens eller armarnas vener, sinustrombos samt lungemboli. Graviditet ökar risken för venös tromboembolism cirka 10 gånger. Trombosrisken i samband med graviditet bedöms i Sverige med hjälp av en viktad riskpoäng. Poängsumman ligger till grund för bedömningen av när och hur trombosprofylax ska ges. När profylax är indicerad under och efter graviditet används lågmolekylärt heparin (LMH), som tas som dagliga subkutana injektioner.

Fastställt 2019-01-08



Pia Lundbom

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

2. DOKUMENTINFORMATION

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Marie Lindroth	Överläkare, verksamhetschef, Barnmorskemottagningen, Helsingborg	marie.lindroth@skane.se
	Peter Svensson	Överläkare, koagulationscentrum Malmö, Skånes universitetssjukvård	peter.svensson@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör	pia.lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Kunskapscentrum kvinnohälsa		
Kontaktperson Koncernkontoret	Håkan Miörner	Medicinsk rådgivare	hakan.miorner@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	carina.i.akesson@skane.se

GILTIGHET

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2014-07-08	2014-09-15	Marie Lindroth Peter Svensson
Revidering	2014-09-16	2016-12-31	Marie Lindroth, Peter Svensson
Revidering	2017-01-01	2020-12-31 (förlängning)	Lina Åkesson
Revidering	2018-03-21	2020-03-21	Marie Lindroth, Peter Svensson, Håkan Stale
Revidering	2019-01-08	2021-01-31	Marie Lindroth, Peter Svensson, Håkan Stale

ÄNDRINGAR JÄMFÖRT MED TIDIGARE VERSION

Jämfört med tidigare version har det endast gjorts två ändringar. Hereditet för venös trombos är ändrad till att gälla förstegradssläkting <50 år i enlighet med nyligen publicerade nationella riktlinjer (Kapitel 8, Beräkning av riskpoäng, Tabell 1). I samma tabell är BMI gräns vid inskrivning på BMM höjd från >28 till >30.

3. BAKGRUND

Graviditet innebär en cirka 10 gånger ökad risk för venös trombos. Hälften av de venösa tromboserna inträffar under graviditeten och den andra hälften efter förlossningen.

Ett flertal faktorer är förknippade med cirka 5 gånger ökad risk för blodpropp i puerperiet. Detta kan utnyttjas för att beräkna risken för venös trombos. (se tabell sidan 4 för riskbedömning och beräkning av riskscore).

4. HÄLSOSAMTAL OCH INSKRIVNING

Ansvarig barnmorska gör en preliminär riskbedömning, enligt tabellen sidan 4, i samband med den första kontakten med mödrahälsovården (hälsosamtal) och absolut senast vid inskrivningen. Läkare i basmödravården verifierar och kompletterar vid behov anamnes och riskbedömning.

Riskscore dokumenteras noga i journalen i inskrivningsanteckningen och betonas särskilt i sammanfattningen av graviditeten i graviditetsvecka 36. Information ges om de positiva effekterna av förändring av livsstilsfaktorer. Fokus läggs på information om övervikt, rökning och fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet på recept kan med fördel användas. Kvinnor med riskfaktorer rekommenderas köpa kompressionsstrumpor och farmakologisk antitrombotisk behandling skall kombineras med kompressionsstrumpor.

5. BEDÖMNING

Kvinnan med minst 4 poäng eller högrisk skall omhändertas enligt lokal praxis av specialist i obstetrik eller på koagulationsmottagning. Barnmorskan ansvarar för att detta sker:

- Blodprover som skall tas före insättandet av antepartumprofylax: trombocyter, PK-INR, APTT.
- Trombocytantalet kontrolleras 2 veckor efter insättande av trombosprofylax samt i graviditetsvecka 34.
- Patienter med minst 4 riskpoäng eller högrisk med antepartumprofylax skall träffa specialist inom obstetrik i basmödrahälsovården eller på specialistmödrahälsovården i graviditetsvecka 34 för att planera för förlossning och puerperium.

6. UTREDNING

Såvida trombofiliutredning inte är utförd tidigare är den indicerad dels inför förestående/pågående graviditet med djup ventrombos före graviditeten i sjukhistorien, dels vid 1:a gradshereditet (<60 år) för djup ventrombos.

7. VID FRÅGOR KONTAKTA

Koagulationsjouren i Malmö, som nås hela dygnet via växeln 040-33 10 00 alternativt Koagulationslab. (provsvår, vilka rör etc.) på telefonnummer 040-33 66 24.

8. BERÄKNING AV RISKPOÄNG

Tabell 1

1P*	2P*	3P*	4P*	HÖGRISK
Heterozygot FV Leiden = heterozygot APC-resistens	Protein S-brist	Homozygot FV Leiden = Homozygot APC-resistens	Tidigare VTE	Mekaniska hjärtklaffar
Heterozygot protrombin mutation	Protein C-brist	Homozygot protrombin-mutation	APLA utan VTE	Kontinuerlig Waranprofylax
BMI >30 vid inskrivning	Immobilisering, vid strängt sängläge, gipsning.		Lupus antikoagulans	Antitrombinbrist
Kejsarsnitt under aktuell graviditet			Kardiolipin-antikroppar	Upprepade tromboser
Hereditet för venös trombos – 1:a gradssläkting <50 år				APLA med tidigare VTE
Ålder >40 år				
Preeklampsi				
Inflammatorisk tarmsjukdom, ex Mb Crohn, ulcerös kolit.				
Ablatio under aktuell graviditet				

*Faktorerna skall adderas.

VTE = venös tromboembolism

APLA = antifosfolipidsyndrom

APC = Aktiverat protein C

Protein S-brist och protein C-brist är sällsynta genetiska avvikelser och varierar dessutom i svårighetsgrad. Lång erfarenhet vid Koagulationscentrum, Universitetssjukhuset SUS talar starkt för att 1:a gradshereditet i kombination med endera av avvikelserna protein C-brist, protein S-brist, homozygot APC-resistens, homozygot protrombinmutation, lupus antikoagulans och kardiolipinantikroppar utgör högriskgrupper för uppkomsten av djup ventrombos och bör föranleda kontakt med koagulationsexpert.

9. PROFYLAX OCH RISKPOÄNG

Tabell 2

1p	Ingen profylax
2p	Postpartumprofylax i 7 dagar samt korttidsprofylax i samband med tillfällig riskfaktor. När kejsarsnitt under aktuell graviditet utgör en riskfaktor bör korttidsprofylaxen pågå i 10 dagar.
3p	Postpartumprofylax i 6 veckor
4p	Antepartumprofylax + postpartumprofylax i minst 6 veckor
Högrisk	Högdos antepartumprofylax + postpartumprofylax i minst 12 veckor + eventuellt ASA antepartum och postpartum

10. TIDPUNKT FÖR PROFYLAX

Tabell 3

Antepartumprofylax	Påbörjas inom 2 veckor efter inskrivning
Högrisk antepartumprofylax	Påbörjas när graviditet konstateras.
ASA Trombyl 75 mg/dag (ges vid förekomst av APLA, lupus antikoagulans, kardiolipinantikroppar)	Start graviditetsvecka 12 fram till 12 veckor postpartum.
Postpartumprofylax under 7 dagar alternativt 6 veckor	Start 4 timmar postpartum, provtagning ej nödvändig.
Postpartumprofylax under 12 veckor	Start 4 timmar postpartum, provtagning ej nödvändig. Överväg Waran.

11. DOSERING AV LÅGDOSHEPARIN (LMH)

Tabell 4

	Normaldos	Normaldos, vikt >90 kg	Högrisk
Fragmin	5 000 E sc 1 gång dagligen	7500 E sc 1 gång dagligen	10 000 E sc 1 ggr dagligen
Innohep	4 500 E sc 1 gång dagligen		4 500 E sc 2 ggr dagligen
Klexane	40 mg sc 1 gång dagligen		40 mg sc 2 ggr dagligen

För patienter med vikt >90 kg finns endast Fragmin av ovanstående preparatval tillgängligt i adekvat dosering som engångsspruta.

Monitorering med antifaktor-Xa-aktivitet oavsett dos är i regel ej indicerad.

12. REFERENSER

Linqvist P et al. Venös trombos vid graviditet och assisterad befruktning. Uppdaterade råd om riskbedömning och indikatorer för trombosprofilax Läkartidningen 32-33/2014

SFOG, Arbets- och referensgrupp för hemostasrubbningar (Hem-Arg). Hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2018. Rapport nr 79

”Tromboembolism i samband med graviditet”, Pelle Lindqvist 2010, Leo Temabok.