

---

## R. Salvesen svarer:

---

KORRESPONDANSER

ROLF SALVESEN

---

Morten Engstrøm stiller høyst relevante spørsmål i sin kommentar til min artikkel om dette tema, og gir meg anledning til å supplere denne med en kort diskusjon om temaet hjerneslag under svangerskap og barselperiode.

En tidlig sammenliknende studie av kvinner i aldersgruppen 15 – 35 år indikerte at risikoen for hjerneinfarkt under svangerskap generelt er økt så vidt mye som 13 ganger i forhold til ikke-gravid tilstand (henholdsvis 44 og 3,5 hjerneslag per 100 000 pasienter per år) (1). I nyere undersøkelser har man imidlertid funnet en betydelig lavere risiko. Således konkluderte en studie fra Øle de France med at det ikke var noen signifikant økning i hyppigheten av iskemisk slag under svangerskap (4,2 mot 3,5 slag per 100 000 pasienter per år) (2). Tilsvarende fant man i en undersøkelse fra Saudi-Arabia at risikoen for slag blant kvinner i alderen 15 – 45 år bare i beskjeden grad var økt under svangerskap – halvannen gang (3). Det viser seg for øvrig i bl.a. disse studier at den økte risiko vesentlig knytter seg til de første seks uker etter fødselen.

Når det gjelder årsaker til iskemisk hjerneslag under svangerskap, er de hyppigst beskrevne eklampsi, arteriedisseksjon, post partum cerebral angiopati og mangel på protein S (2). Migrene refereres ikke som noen vanlig årsak til slag hos gravide kvinner (4). Det er så vidt jeg vet intet grunnlag for ut fra foreliggende dokumentasjon å advare kvinner med migrene mot å bli gravide (snarere tvert imot, som kjent vil anfallsfrekvensen hos de fleste være mindre under et svangerskap). Tromboseprofylakse på dette grunnlag er neppe indisert.

Det er, bl.a. fra preliminare data fra en studie i Trondheim (5), for øvrig gode grunner til å anta at diagnosen tromboembolisk TIA under graviditet stilles altfor ofte, når en mer sannsynlig diagnose er migrene aura uten hodepine. Således finner det antakelig sted en overbehandling med antitrombotiske medikamenter i denne gruppen.

Det siste bringer meg over til Engstrøms siste spørsmål om tromboseprofylakse hos gravide. Ettersom inntak av acetylsalisylsyre er assosiert med økt føtal mortalitet (4) og warfarin passerer placent og medfører økt risiko for misdannelser, er lavmolekylært heparin antakelig det sikreste alternativ.

Bruken innebærer imidlertid økt blødningsfare, og indikasjonen bør derfor være god. De aller fleste anfall med forbigående nevrologiske utfall hos gravide er benigne og har antakelig annen genese enn tromboemboli.

---

## LITTERATUR

1. Wiebers DO. Ischemic cerebrovascular complications of pregnancy. Arch Neurol 1985; 42: 1106 – 13.
2. Sharshar T, Lamy C, Mas JL. Incidence and causes of stroke associated with pregnancy and puerperium. Stroke 1995; 26: 930 – 6.
3. Awada A, Al Rajeh S, Durante R, Russell N. Stroke and pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1995; 48: 157 – 61.
4. Brey RL. Stroke in Pregnancy and the Puerperium. I: Stern BJ, red. Neurologic Complications of Pregnant Women (Education Program Syllabus, American Academy of Neurology). Toronto 1999: 6PC.003-23 – 6PC.003-35.
5. Bovim G. Behandling av migrene under svangerskap og amming. I: Nytt om legemidler, utgitt av Statens Legemiddelkontroll 1999; 22 (suppl 6): 43 – 5.

---

Publisert: 10. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. juni 2026.