

**ESC Guidelines on the management of cardiovascular disease during pregnancy. Fokus på arytmier.** Regitz-Zagrosek V, Blomström-Lundqvist C, Borghi C et al. Eur H Journal (2011) **32**, 3147-3197

Referat Jonas Schwieler 2012-11-26

I detta dokument granskas befintlig litteratur rörande hjärt-kärlsjukdom vid graviditet och rekommendationer (klass I-III) och tillhörande evidensgrad (A-C) för olika åtgärder till denna patientgrupp ges.

### **Takyarytmier**

Generellt kan sägas att graviditet ökar risk för arythmi och kan förstärka tidigare observerad arytmibenägenhet. Antiarytmiska läkemedel kan ges men skall generellt betraktas som toxiska för fostret, med teratogena effekter i första trimestern och tillväxthämmande samt proarytmiska senare under graviditeten. Kateterablation övervägs endast vid antiarytmikaresistenta arytmier med allvarlig hemodynamisk påverkan på moder och/eller foster. Graden av evidens för givna rekommendationer är generellt låg (C).

Specifika rekommendationer:

1. Vid akut konvertering av PSVT rekommenderas först vagala manövrar, därefter adenosin
2. Akut elkonvertering rekommenderas vid alla arytmier med allvarlig hemodynamisk påverkan
3. För långtidsbehandling av SVT rekommenderas i första hand digoxin och metoprolol/propranolol, sotalol eller flekainid i andra hand
4. Om klinisk indikation föreligger rekommenderas ICD implantation oavsett graviditet
5. Betablockerare rekommenderas genom hela graviditeten vid Långt QT Syndrom
6. Antitrombotisk behandling vid förmaksflimmer/fladder och hög trombosrisk (CHADS-VASc  $\geq$  2) rekommenderas även till gravida

### **Bradyarytmier**

Ovanligt förekommande vid graviditet i frånvaro av strukturell hjärtsjukdom. Sinusknutedysfunktion och AV-block I-II har ofta god prognos. Temporär pacing rekommenderas under förlossning vid AV-block III och symptom. Risk vid implantation av permanent pacemaker är låg, särskilt om fostret är äldre än 8 veckor.