

TETT NESE OG FORKJØLELSE HOS GRAVIDE 21

FORDYPNINGSSTOFF TIL HELSEPERSONELL

Les også brosjyren: Gode råd TETT NESE OG FORKJØLELSE HOS GRAVIDE

Ulike årsaker til tett nese

Tett nese uten andre symptomer er en vanlig plage blant gravide (omlag 1 av 5 gravide). Plagene skyldes høye nivåer av kjønnshormoner som bidrar til at neseslimhinnen hovner opp.

Forkjølelse er en øvre luftveisinfeksjon (nese, svelg og luftrør) forårsaket av et virus. Voksne blir vanligvis forkjølet 2-5 ganger i året. Vanlige symptomer er vond/sår hals, slapphet, hodepine, lett feber, etterfulgt av tett nese, snue og hoste. Symptomene hos gravide er som regel milde og selvbegrensende¹, men de kan oppleves som plagsomme. Forkjølelsen går som regel over av seg selv innen 10 dager, men hosten kan derimot vedvare noe lengre. Det finnes ingen behandling mot selve forkjølelsen (antibiotika virker ikke), men medikamentell behandling kan lindre enkelte symptomer. Behandlingen forkorter ikke varigheten av symptomene. Generelt er behandlingen av forkjølelssymptomene lik hos gravide og ikke-gravide¹, med noen unntak.

Allergisk rhinitt (allergisk tett nese) er en inflammatorisk tilstand i neseslimhinnen som er forårsaket av allergener. Tilstanden inndeles i sesongrhinitt eller helårshinitt avhengig av årsak, og forekommer hos så mange som 10-25 %². Tilstanden er karakterisert ved økt slimproduksjon, nasal kløe, tett eller rennende nese og nysing.

Legemidler ved tett nese

Slimhinneavsvellende nesespray anbefales ikke ved hovne slimhinner som skyldes fysiologiske endringer i graviditeten, da dette er en normalt tilstand. Saltvann kan gjerne brukes, og det er ingen begrensninger i hvor lenge og hvor ofte saltvannspray kan brukes.

Xylometazolin/oksymetazolin (helst uten andre aktive virkestoff) er førstevalg ved behov for legemiddelbehandling av tett nese pga. forkjølelse. Det er ikke kjent at bruk i anbefalte dosering medfører noen risiko for fosteret.

Det er viktig å rådgi gravide med tett nese og forkjølelse om riktig bruk av nesespray på grunn av faren for å bli avhengig av nesespray, såkalt medikamentell rhinitt. Dette innebærer først og fremst at nesespraya brukes i henhold til anbefalt dosering og behandlingsvarighet. Det beste er å begrense bruken til høyst rundt fem dager³. Det bør dessuten gå minst 2 uker mellom hver behandlingsperiode.

Behandling av hoste ved forkjølelse

Ikke-medikamentelle råd om hvile, ro og varm drikke bør gis på lik linje som til ikke-gravide. Slike tiltak kan virke lindrende, men effekten er i liten grad dokumentert.

Reseptfrie legemidler. Dokumentasjon på effekt av reseptfrie slimløsende og hostedempende legemidler er svært sparsom^{4,5}. Det finnes også svært begrenset dokumentasjon på sikkerheten til legemidlene under graviditet. Helsepersonell bør derfor ikke aktivt anbefale reseptfrie legemidler for symptomlindring av hoste ved forkjølelse i svangerskapet. Dersom en gravid har brukt hostemedisiner før hun visste at hun var gravid, er det likevel ikke grunn til bekymring fordi det er ingen kjent risiko knyttet til bruk av preparatene.

Tabellen under oppsummerer den viktigste informasjonen om sikkerheten til hostemedisiner ved bruk under graviditet.

Virkestoff	Type hostemedisin	Vurderinger og råd om bruk under graviditet
Noskapin	Hostedempende, hemmer hosterefleksens sentralt	For sikkerhets skyld anbefales noe forsiktighet, spesielt i første trimester. Ingen kjente holdpunkter for skadelig effekt hos mennesker, men studier mangler. Legemiddelprodusenten oppgir riktignok at <i>in vitro</i> studier har vist gentoksisk effekt ved høye konsentrasjoner. Vår vurdering er at dette ikke gir grunn til bekymring dersom noskapin er brukt under graviditet ^{4,6-8} .
Guaifenesin	Ekspektorerende middel	Ingen kjent risiko for gravide, men tynt dokumentasjonsgrunnlag ^{4,7} .
Bromheksin	Mukolytikum	Ingen kjent risiko for gravide, men tynt dokumentasjonsgrunnlag ^{4,7,8} .
Acetylcystein	Mukolytikum	Ingen kjent risiko for gravide, men tynt dokumentasjonsgrunnlag ^{4,7,8} .

Legemidler ved sår hals

Topikale NSAIDs slik som **benzydamin** og **flurbiprofen** bør for sikkerhets skyld ikke brukes av gravide i egenbehandling, dette gjelder spesielt i 3. trimester. Dokumentasjonen er svært begrenset, men til tross for lav systemisk absorpsjon, finnes enkelte tilfeller der lokal bruk av NSAIDs i 3. trimester er mistenkt å ha forårsaket konstriksjon eller lukking av blodåren ductus arteriosus hos fosteret⁹.

Smertestillende

Paracetamol er førstevalget ved behov for smertestillende ved feber/forkjølelse hos gravide.⁹ Paracetamol kan brukes ved feber og/eller hodepine. Etter 3-5 dagers behandling bør kvinnen oppsøke lege for å få vurdert om paracetamol er den beste behandlingen.

NSAIDs anbefales ikke ved behov for smertestillende ved feber/forkjølelse hos gravide. Selve virkningsmekanismen for alle disse virkestoffene gir grunn til en viss tilbakeholdenhet⁸. All bruk av NSAIDs hos gravide skal derfor kun skje i samråd med lege. I 2020 anbefalte FDA å helst unngå bruk av NSAIDs allerede i svangerskapsuke 20-30⁹. Grunnen er at legemidlene i sjeldne tilfeller kan påvirke nyrene til fosteret, slik at for det produseres for lite fostervann. Bruk i 3. trimester er kontraindisert først og fremst fordi dette kan øke risikoen for tidlig lukking av blodåren ductus arteriosus hos fosteret, samt kan medføre nyresvikt hos fosteret og dermed gi for lite fostervann. Dersom en gravid har brukt NSAIDs i 3. trimester på egenhånd bør hun oppfordres til å ta kontakt med lege eller jordmor for en vurdering. Det foreligger også noe motstridende funn med tanke på sikkerhet av NSAIDs i første trimester, men risikoen er uansett lav

Legemidler ved allergisk rhinitt

Gravide bør, så langt det lar seg gjøre, unngå å bli eksponert for allergener. Reseptfrie systemiske eller intranasale antihistaminer kan forsøkes som egenbehandling ved milde, kortvarige plager. Nesesprayer med innhold av kortikosteroider kan brukes av gravide da lokalbehandling med slik nesespray gir svært lave systemiske konsentrasjoner¹¹.

Vaksine mot influensa og korona

Folkehelseinstituttet anbefaler at gravide tar vaksine både mot influensa og korona (og kikhoste) for å beskytte den gravide selv og/eller barnet mot alvorlig sykdom. Omfattende erfaring og forskning tyder på at vaksinene ikke er forbundet med noen risiko for fosteret og svangerskapsforløpet.

De fleste gravide som er smittet med influensa eller korona utvikler mild sykdom. Likevel er det høyere risiko for komplikasjoner og alvorlig sykdom hos gravide enn ikke-gravide. Dersom mor vaksineres i svangerskapet vil også barnet være bedre beskyttet de første månedene etter fødsel. Se for øvrig spesifikke råd om vaksiner mot influensa, korona og kikhoste i Vaksinasjonshåndboka for helsepersonell hos FHI¹².

Referanser

1. Larson L, File TM. [Approach to the pregnant patient with a respiratory infection](#). In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 20. august 2024).
2. NHI. [Allergisk nesetetthet og høysnue](#). <https://nhi.no/> (Sist revidert: 14. oktober 2021).
3. Peden D. [An overview of rhinitis](#). In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 20. juli 2023).
4. Havnen GC, Lindland HT, Heitmann K, Forsdahl S. Bør gravide og ammende unngå reseptfri hostesaft? NFT 2023; (8): 17-20.
5. Norsk elektronisk legehåndbok. [Forkjølelse](#). <https://legehandboka.no/> (Sist oppdatert: 31. oktober 2023).
6. Micromedex® 2.0 (online). Noscapine (Martindale). <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: juni 2024).
7. Janusmed fosterpåverkan. a) Noskapin b) Guaifenesin c) Bromhexin d) Acetylcystein. www.janusinfo.se (Søk: juni 2024).
8. Norsk legemiddelhandbok. G7.1 Tabell: Graviditet og legemidler a) Noskapin b) Bromheksin c) Acetylcystein, d) NSAID. <http://legemiddelhandboka.no/> (Søk: juni 2024).
9. Havnen GC, Lindland HT, Forsdahl S. Kan gravide bruke topikale NSAIDs? NFT 2022; (3): 38-41.
10. Havnen GC, Heitmann K, Lindland HT. Paracetamol hos gravide – hva nå? Utposten 2021; (7).
11. Lindland HT, Heitmann K. [Pollenallergi hos gravide og ammende – hva er trygg behandling?](#) www.relis.no (Publisert: 31. mars 2023).
12. Folkehelseinstituttet (FHI). [Vaksinasjon av gravide og ammende](#). Vaksinasjonshåndboka for helsepersonell. www.fhi.no (Oppdatert: 8. april 2024).

Fordypningsstoffet er utgitt av en tverrfaglig forfattergruppe bestående av leger, farmasøyter og helsesøster.

Fordypningsstoffet er utarbeidet på grunnlag av tilgjengelig litteratur og ressurser på publiseringstidspunktet i samråd med eksterne sakkyndige. Det kan derfor enkelte ganger være manglende samsvar mellom brosjyren/fordypningsstoffet og preparatomtalen i Felleskatalogen. Brosjyren må ikke erstatte kontakt med, undersøkelse hos eller behandling av kvalifisert helsepersonell. Helsepersonell er selv ansvarlig for bruk av brosjyrens innhold i rådgivning eller pasientbehandling.

Forfattergruppe: G.C. Havnen (farmasøyt, RELIS Sør-Øst), H. Nordeng (farmasøyt, Farmasøytisk institutt, UiO), Mari Falck (barnelege, Oslo Universitetssykehus), A.M. Brænd (helsestasjonslege, Institutt for helse og samfunn, UiO), A.D. Midtsund (helsesykepleier, Oslo kommune).

Gjennomlest av: Siri Forsdahl, RELIS Nord-Norge, Tryggmammamedisin.no.

Revidert utgave: Juni 2024. Det kan siteres fra brosjyren dersom kilden oppgis