

Åreknuder under graviditet: Hvorfor opstår de, og hvad kan du gøre?



Op mod 30–40 % af alle gravide udvikler synlige åreknuder (varicer) i løbet af graviditeten – og hos mange forværres tilstanden ved hver efterfølgende graviditet [1,2]. Den gode nyhed er, at en stor del af forandringerne svinder igen efter fødslen, og at både forebyggelse og behandling er sikker og effektiv.

Hvorfor får gravide oftere åreknuder?

Tre faktorer arbejder sammen:

- **Øget blodvolumen.** I løbet af graviditeten stiger blodvolumen med 30–50 %, hvilket øger trykket i benvenene [3].
- **Hormonelle ændringer.** Progesteron og østrogen afslapper karvæggene og udvider venerne – allerede fra første trimester [4].

- **Mekanisk pres.** Den voksende livmoder presser på vena cava og bækkenvenerne, særligt i højre side, og hæmmer blodets tilbageløb fra benene [5].

Hertil kommer en **arvelig disposition** – hvis din mor eller søster har åreknuder, øges din egen risiko markant. Læs mere i åreknuder og arvelighed.

Typiske symptomer

- Tunge, trætte ben sidst på dagen
- Hævelse ved ankler og fødder
- Natlige kramper og uro i benene
- Synlige slyngede vener på lår, læg og knæhase
- Karsprængninger
- Vulvavaricer (åreknuder ved kønslæberne) – ses hos ~10 % af gravide [6]
- I sjældne tilfælde: overfladiske blodpropper (tromboflebit)

Bemærk: hæmorider er reelt åreknuder i endetarmens kar – samme mekanisme, samme graviditet. Læs også hæmorider under graviditet.

Forebyggelse og lindring

Næsten alt kan gøres uden medicin eller indgreb:

- Kompressionsstrømper (klasse 1–2) er førstevalg. En Cochrane-gennemgang viser at de reducerer både symptomer og udvikling af nye åreknuder under graviditet [7]. Tag dem på om morgenen før du står op.
- **Bevægelse:** 30 minutter gang dagligt aktiverer læggens muskelpumpe.
- **Hæv benene** over hjertehøjde 15–20 minutter flere gange dagligt.
- **Lej dig på venstre side** når du sover – det aflaster vena cava.
- **Undgå at stå eller sidde stille** i lange perioder uden at bevæge fødderne.
- **Vægtkontrol** og fiberrig kost forebygger både åreknuder og hæmorider.

Hvad om medicin? Flebotonika (f.eks. microniseret diosmin/hesperidin) er IKKE rutinemæssigt anbefalet i graviditet, da sikkerheden ikke er tilstrækkeligt dokumenteret [8].

Hvornår skal man kontakte læge?

Søg læge ved:

- En øm, rød og hård vene (mulig overfladisk tromboflebit)
- Et hævet, varmt og smerteligt ben – kan være tegn på dyb venetrombose (DVT), som har 5–6 gange øget risiko under graviditet og barsel [9]
- Hudforandringer ved anklen (brunlig misfarvning, eksem eller sår)
- Pludselig kraftig blødning fra en sprængt overfladisk vene

Akut åndenød eller bryst smerter → ring 112 (mistanke om lungeemboli).

Behandling efter fødslen

De fleste graviditetsåreknuder svinder eller forbedres markant inden for 3–6 måneder post partum, når hormoner, blodvolumen og bækken tryk normaliseres [10]. Vent derfor med behandling indtil:

- **Mindst 3–6 måneder efter fødslen**, så det reelle behandlingsbehov kan vurderes
- **Efter endt amning** – især før sklerosering eller endovenøs laser, da behandlingens effekt på modermælk ikke er fuldt undersøgt

Hvis symptomer eller synlige åreknuder vedbliver, tilbydes:

- **Doppler-ultral lyd** for at kortlægge klapfunktion og reflux
 - **Endovenøs laserbehandling (EVLT)** – moderne og skånsom behandling med 95 % lukningsrate efter 5 år [11]
 - **Sklerosering** af mindre åreknuder og karsprængninger
 - Kun sjældent klassisk kirurgi
-

Vil de komme tilbage ved næste graviditet?

Ja, det er en risiko. Tidligere graviditeter er en uafhængig risikofaktor for nye åreknuder, og ca. 30–50 % af kvinder med tidligere graviditetsåreknuder oplever forværring ved næste graviditet [2,12]. Behandling før en ny graviditet kan derfor være fornuftig, hvis symptomerne er udtalte.

På klinikken modtager vi gerne kvinder, der har gennemgået graviditet, til ultralydsudredning og evt. moderne laserbehandling under den offentlige sygesikring.

Referencer

1. Smyth RM, et al. *Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2015;(10):CD001066.
2. Bamigboye AA, Smyth R. *Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD001066.
3. Hytten F. *Blood volume changes in normal pregnancy*. Clin Haematol 1985;14(3):601–12.
4. Boivin P, et al. *Estradiol- and progesterone-receptor expression in the wall of varicose veins from pregnant women*. Phlebology 2000;15(2):85–9.
5. Ikard RW, et al. *The aetiology of varicose veins of pregnancy*. Obstet Gynecol Surv 1972;27(11):753–63.
6. Van Cleef JF. *Pelvic and vulvar varicosities in pregnancy*. Phlebolympology 2011;18(3):126–32.
7. Allegra C, et al. *Compression therapy in pregnancy*. Int Angiol 2006;25(2):174–7.
8. Mansilha A, Sousa J. *Pathophysiological mechanisms of chronic venous disease and implications for venoactive drug therapy*. Int J Mol Sci 2018;19(6):1669.
9. Heit JA, et al. *Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum*. Ann Intern Med 2005;143(10):697–706.
10. Sparey C, et al. *The effect of pregnancy on the lower-limb venous system of women with varicose veins*. Eur J Vasc Endovasc Surg 1999;18(4):294–9.

- .1. Rasmussen LH, et al. *Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins*. Br J Surg 2011;98(8):1079–87.
- .2. Beebe-Dimmer JL, et al. *The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins*. Ann Epidemiol 2005;15(3):175–84.