

### 3.1 Generelt om forebyggende behandling

Lars Bø

Ved attackpreget MS har en «MS-attakker», som er episoder med forverring. Forverringen skjer oftest gradvis over dager til få uker, etterfulgt av en bedring over uker og måneder. Når en har hatt MS-sykdommen i flere år, øker sannsynligheten for at MS-attakkene ikke blir etterfulgt av god bedring, og en får da et økende kronisk funksjonstap. MS-attakkene skyldes ny betennelse og tap av isolasjon rundt nervetrådene (myelin) i områder i hjerne eller ryggmarg. Slik flekkvis betennelse (MS-lesjoner) gir ikke alltid MS-attakk, men kan sees som «signalforandringer» ved MR-undersøkelse av hjernen og ryggmargen. I MS-lesjonene skjer det en kronisk skade av nervetrådene, og dette er sannsynligvis hovedårsaken til det gradvis økende funksjonstapet ved kronisk progressiv MS.

MS-attakker og MS-lesjoner kan forebygges med medisiner som påvirker immunapparatet, og som demper forekomsten og graden av betennelse i hjerne og ryggmarg. De forebyggende behandlingene er vist å forebygge varig funksjonssvikt ved attackpreget MS. Ved progressive MS-former er det langt færre medikamenter med effekt på sykdomsforløpet, og da bare hos en undergruppe av pasientene. Dette gjelder fortrinnsvis der det er tegn til at ny betennelse fortsatt spiller en stor rolle: hos pasienter med MS-attakker og ny betennelsesaktivitet vist ved MR-undersøkelse.

De forebyggende MS-medisinene har ulik effekt og ulike bivirkninger. På grunn av dette må behandlingen tilpasses den enkelte. For de som har tegn til mye sykdomsaktivitet med mye betennelse, vil det være aktuelt med behandling med høy effekt. En vil da kunne akseptere det hvis behandlingen gir høyere risiko for bivirkninger. I retningslinjene for MS-behandling kalles dette for høyeffektiv behandling. Slik behandling vil imidlertid ikke alltid gi høyere risiko for bivirkninger. Hvis en står på en behandling med lavere effekt og det er tegn til ny sykdomsaktivitet, er det aktuelt å skifte til høyeffektiv behandling.

De som får forebyggende MS-behandling skal følges opp med regelmessige kontroller ved nevrologisk poliklinikk. Hyppigheten av kontroller vil avhenge av hvilken behandling som tas, og hvor lenge en har brukt behandlingen. Det vil gjøres regelmessige kontrollblodprøver, evt. også urinprøve, og kontroll MR-undersøkelser av hodet, evt. også av ryggmargen. Behandlende nevrolog vil i samarbeid med pasienten måtte vurdere å endre behandlingen ved eventuelle bivirkninger, ved øket risiko for en alvorlig bivirkning, eller ved behandlingssvikt i form av betydelig ny sykdomsaktivitet observert ved MR-kontrollundersøkelser, og/eller i form av nye MS-attakker.

Forebyggende behandling vil ofte avsluttes under graviditet (se pkt 3.2). Risiko for ny MS-aktivitet under svangerskapet må da veies mot evt. risiko for barnet.

Hvis en har fått forebyggende MS-behandling og dette ikke har stoppet utviklingen av nye MS-attakker, vil behandlende nevrolog i samarbeid med pasienten vurdere annen forebyggende behandling. Denne kan være mindre grundig eller omfattende dokumentert, men kan ha gitt god effekt i mindre studier. Autolog hematopoietisk stamcelletransplantasjon (HSCT) er en slik behandling. Studier av forløpet til MS-pasienter i blant annet Sverige og USA som har blitt behandlet med HSCT tyder på at behandlingseffekten kan være høyere enn annen forebyggende MS-behandling. Derfor pågår det nå to store behandlingsstudier, der en sammenligner effekten av HSCT mot annen forebyggende MS-medisin. I [RAM-MS](#), studien som pågår i Norge/Sverige/Danmark, sammenlignes HSCT med behandling med alemtuzumab (Lemtrada®) i to grupper, som får en av disse to behandlingene etter «loddtrekning» (randomisering).

Retningslinjene for forebyggende MS-behandling revideres jevnlig, og dette arbeidet drives av Helsedirektoratet, som publiserer dette på sine [nettsider](#).

For mer informasjon:

[Forelesning om forebyggende MS-behandling ved Lars Bø.](#)