

## 6.2.2 Graviditet og amming ved MS, Pasientinformasjon

*Trygve Holmøy og Øivind Torkildsen*

### **Generelle råd til kvinner i befruktningsdyktig alder**

Prevensjon og fremtidig barneønske bør diskuteres med nevrolog før oppstart av medikamentell behandling.

Graviditet medfører redusert risiko for angrep under selve graviditeten, særlig i løpet av tredje trimester. Det er øket risiko for angrep første tre måneder etter fødselen. Særlig kvinner med aktiv sykdom før oppstart av medikamentell behandling, og som har seponert denne i forbindelse med graviditeten, har øket risiko for angrep etter fødselen. Enkelte hormonpreparater som av og til benyttes ved assistert befruktning (GnRH-agonister) ser også ut til å øke risikoen for angrep. Anestesi i forbindelse med fødsel og forløsningsmetode påvirker ikke sykdommen. Vanlig oppfatning er at graviditet ikke påvirker sykdommen sett i et lengre tidsperspektiv – verken med tanke på angrepsrate eller sykdomsprogresjon. Noen studier tyder imidlertid på et gunstigere MS-forløp hos kvinner som har født barn etter at de fikk MS.

### **Ved ønske om barn**

Allerede ved oppstart av behandling hos fertile kvinner bør det vektlegges om behandlingen vil gi kvinnen beskyttelse mot sykdomsaktivitet også før, under og etter svangerskap. Avslutning av medikamentell behandling bør diskuteres med nevrolog før forsøk på å bli gravid (1-4 uker før, avhengig av halveringstid til medisinen).

Glatirameracetat (Copemyl/Copaxone), interferoner, natalizumab (Tysabri) og dimetyl fumarate (Tecifdera) har ikke kjent fosterskadelig effekt, og det kan vurderes å fortsette med disse medikamentene inntil graviditet hos pasienter med betydelig sykdomsaktivitet før oppstart av behandlingen.

Alemtuzumab, rituximab og cladribin gir langvarig beskyttelse etter at preparatet er skilt ut fra kroppen, og kan således beskytte kvinnen uten å eksponere foster eller diende barn for medikamentet. For kvinner som behandles med Rituximab og som forsøker å bli gravide, kan måling av CD19+ B-celler være til nytte ved vurdering av om planlagt re-behandling kan utsettes (supprimerte CD19+ B-celler tilsier fortsatt behandlingseffekt).

### **Ved graviditet**

Graviditetskontroller gjennomføres av fastlegen og jordmor etter vanlige retningslinjer. Det bør henvises til nevrolog eller fødselslege/gynekolog ved behov.

Nevrolog bør i samråd med pasienten vurdere behovet for fortsatt medikamentell behandling under graviditet. Det bør vurderes å fortsette med medikamentell behandling ved svært aktiv MS-sykdom. Ved særlige tilfeller kan behandling med immunoglobuliner (antistoffer) brukes som sykdomsmodifiserende behandling under graviditet.

Det er generelt ikke anbefalt med provosert abort selv om man har blitt gravid under behandling med sykdomsmodulerende medisiner med potensiell fosterskadelig effekt, da risikoen for fosterskade ser ut til å være lav.

### **Attakkbehandling ved graviditet og amming**

Kortisonpreparater (Solu-Medrol, Medrol, Prednisolon) bør om mulig unngås i første trimester på grunn av en liten øket risiko for leppeganespalte. Attakkbehandling med steroider kan gjennomføres senere i graviditeten.

### **MS og svangerskap og fødsel**

MS gir oftere behov for igangsetting av fødsel, operativ forløsning med keisersnitt eller vakumsug/tangforløsning. Sykdommen har utover dette ingen innvirkning på graviditet, spesielt er det ingen økt risiko for spontanabort eller dødfødsel.

### **Påvirkning av barnet**

MS gir oftere noe lavere fødselsvekt hos det nyfødte barnet, men uten påvisbar betydning for videre utvikling. Sykdommen har utover dette ingen innvirkning på barnet, spesielt er det ikke økt risiko for misdannelser.

### **Etter fødselen**

MR-kontroll bør gjennomføres innen 6 måneder etter fødselen, eventuelt tidligere hos kvinner som ikke har gjenopptatt immunmodulerende behandling. Pasienter med MS er særlig utsatt for depresjon, og både nevrolog og fastlege bør være ekstra oppmerksom på risiko for, og symptomer på depresjon etter fødselen.

### **Amming**

Det er usikkert om amming påvirker sykdomsaktiviteten. Noen studier antyder lavere frekvens av attakker hos kvinner som ammer. Det er ikke sett ugunstig effekt av amming. Det er ikke holdepunkter for at amming påvirker risikoen for at barnet utvikler MS senere i livet.

For ikke-ammende kvinner bør tidligere brukt MS-medisin startes opp etter 1 uke etter fødsel. Det er særlig viktig at kvinner som hadde høy sykdomsaktivitet før de startet med høypotent behandling, og som har seponert denne i forbindelse med svangerskapet, gjenopptar behandling raskt etter fødselen.

For kvinner som ønsker å amme, bør Individuell vurdering gjøres i nært samråd med nevrolog, eventuelt Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Fordelene ved amming og immunmodulerende behandling bør vurderes opp mot den potensielle risikoen forbundet med at barnet eksponeres for medikament (se tabell for de enkelte preparatene i kapittel 3.2 i MS-veilederen). Kvinner som hadde betydelig sykdomsaktivitet før oppstart av immunmodulerende behandling som ikke anses forenlig med amming (teriflunomid, fingolimod, dimetylfumarat), bør tilbys annen behandling. Interferoner, glatiramer acetate (Copemyl/copaxone), natalizumab, (Tysabri) og rituximab er sannsynligvis trygt under ammeperioden. For alemtuzumab foreligger ikke publiserte data fra mennesker, men den brede cytotoxiske effekten tilsier varsomhet/ammepause. Overgang av store molekyler er større til råmelk (den aller første melken etter fødsel) enn til moden morsmelk. Hos kvinner som ikke har

hatt stor sykdomsaktivitet kan det derfor være gunstig å vente med oppstart av medikamentell behandling til god melkeproduksjon er etablert (1-2 uker). Ved særlige tilfeller kan intravenøst immunoglobulin brukes som sykdomsmodulerende behandling.

*Nasjonale kompetansetjenester for amming kan konsulteres ved behov for råd*  
<https://ammehjelpen.no/nyhet/203/Nasjonale-kompetansetjenester-for-ammings-NKA>.

#### *Referanser*

Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk, attack- og sykdomsmodulerende behandling av multipel sklerose. Helsedirektoratet 2017.  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/multipel-sklerose>

Baker TE, Cooper SD, Kessler L, Hale TW. Transfer of natalizumab into breast milk in a mother with multiple sclerosis. *J Hum Lact*. 2015 May;31(2):233-6. doi: 10.1177/0890334414566237. Epub 2015 Jan 13.

Bragenes Y, Boshuizen R, de Vries A, Lexberg Å, Østensen M. Low level of Rituximab in human breast milk in a patient treated during lactation *Rheumatology*;2017; 56: 1047–1048.

Confavreux C, Hutchinson M, Hours MM et al. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. *N Engl J Med* 1998;339:285-91.

Dahl J, Myhr KM, Daltveit AK et al. Pregnancy, delivery, and birth outcome in women with multiple sclerosis. *Neurology* 2005;65:1961-3.

Vukusic S, Hutchinson M, Hours M et al. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain* 2004;127:1353-60