

9.1 Barn og unge med MS

Inger Sandvig og Jon Barlinn

1. Diagnostisk utredning av multippel sklerose (MS)

Forekomsten av MS hos barn synes å variere fra sted til sted, som i voksenpopulasjonen. Insidensen i Tyskland per år er beskrevet som 0,64 per 100 000 barn under 16 år. Forekomsten varierer, tall fra USA angir 1,35-2,5 per 100 000 barn. Tre til 5 % av pasientene med MS debuterer før 16 års alder, men kun 0,3 % før 10 år.

MS-diagnose bør settes etter omfattende utredning ved universitetssykehus med både barnenevrologer og voksennevrologer med bred erfaring innen demyeliniserende sykdommer. Det foreligger en rekke differensialdiagnoser som må utelukkes og dette spekteret er betydelig større hos barn enn voksne. Man må være spesielt varsom med å stille MR-basert MS-diagnose etter McDonald kriterier hos barn under 12 år, kriteriene er ikke validert hos barn.

Kognitive vansker og fatigue er like vanlig hos barn (se kapittel 9.2 i MS-veilederen) som hos voksne med MS. Nevropsykologisk utredning med tanke på behov for spesielle tiltak/behandling bør gjøres av alle nydiagnostiserte, og tett samarbeid i pedagogisk oppfølging gjennom skolegangen (barneskole/ungdomsskole/videregående skole) er viktig.

2. Sykdomsmodulerende behandling av aktiv inflammatorisk multippel sklerose (MS)

Ved sikker MS-diagnose anbefales at forebyggende behandling startes hos alle med aktiv sykdom og sikker diagnose. Barn har ofte en aktiv, inflammatorisk tilstand med hyppigere angrep enn voksne, og vi vet nå at cerebral atrofiutvikling kan starte allerede i barnealder.

Valg av sykdomsmodulerende behandling bør tas i samråd med pasient og foreldre basert på forventet nytte og risiko, samt administrasjonsmåte. Få kontrollerte studier med behandling av MS hos barn er gjennomført.

Barn/ungdom over 12 år:

Ved aktiv sykdom har man lengst erfaring med interferon-beta og glatirameracetat injeksjoner som har vært ansett som trygg behandling med moderat effekt. Peroral behandling med teriflunomid brukes i økende grad. Ved høy-aktiv sykdom er behandling med natalizumab i.v. brukt (obs. relativ kontraindikasjon hos pasienter med JC-virus antistoff i blod og risiko for utvikling av progressiv multifokal leukoencefalopati (PML)). Fingolimod ved høyaktiv sykdom brukes i økende grad også til barn/ungdom.

En behandlingsstrategi som brukes i økende grad er oppstart hos alle med høy-effektiv behandling. Det ble i 2017 publisert en dobbelt-blind, randomisert fase III studie med fingolimod til barn 10 til 17 år som sammenliknet med interferon-beta medførte signifikant færre MS-attakker og mindre bivirkninger. En studie med Lemtrada til barn under 18 år er pågående.

Barn under 12 år:

Valg av immunmodulerende behandling bør vurderes individuelt på universitetssykehus.

MS-sykepleier har en viktig rolle når det gjelder alderstilpasset informasjon til barn og er ofte barnets kontaktperson på sykehuset. Sykepleier underviser og informerer i bruken av medisiner som skal gis. Det kan være opplæring av både barnet og pårørende. Ved behov bør en fra MS-team informere om MS i barnehage eller på skolen.

3. Attakkbehandling ved multipel sklerose (MS)

MS-attakk med klinisk funksjonsforverring hvor underliggende infeksjon er utelukket, bør vurderes for metylprednisolonbehandling. Veiledende dose er 20-30 mg/kg opptil 1000 mg i.v. pr dag i 3-5 dager. Peroral Medrol-behandling i ekvivalent dose og varighet anses likeverdig til voksne og kan også vurderes til barn.

Aktuelle artikler

Sandvig I, Barlinn J, Nedregaard B, Skjeldal OH. Multiple sclerosis in children and adolescents. An important differential diagnosis of acute neurological disease. Eur J Paediatr Neurol. 2015;19(2):211-7.

Gordon-Lipkin E, Banwell B. An update on multiple sclerosis in children: diagnosis, therapies, and prospects for the future. Expert review of clinical immunology 2017;13(10):975-89.

Tardieu M, Banwell B, Wolinsky JS, Pohl D, Krupp LB. Consensus definitions for pediatric MS and other demyelinating disorders in childhood. Neurology 2016 87(Suppl 2):S8-S11.

Waldman A, Ghezzi A, Bar-Or A, Mikaeloff Y, Tardieu M, Banwell B. Multiple sclerosis in children: an update on clinical diagnosis, therapeutic strategies, and research. LancetNeurol2014;13:936-48.

Banwell B, Bar-Or A, Giovannoni G, Dale RC, Tardieu M. Therapies for multiple sclerosis: considerations in the pediatric patient. Nat.Rev.Neurol.2011;7;109-22.

Gadoth N. Multiple sclerosis in children. Brain & development. 2003;25(4):229-32.

Krupp LB, Tardieu M, Amato MP, Banwell B, Chitnis T, Dale RC, et al. International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group criteria for pediatric multiple sclerosis and immune-mediated central nervous system demyelinating disorders: revisions to the 2007 definitions. *Multiple sclerosis*. 2013;19(10):1261-7.

Reinhardt K, Weiss S, Rosenbauer J, Gartner J, von Kries R. Multiple sclerosis in children and adolescents: incidence and clinical picture - new insights from the nationwide German surveillance (2009-2011). *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2014;21(4):654-9.

Thompson AJ, Banwell B, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet. Neurol*. 2017; online December 21: 1-17

Aktuelt nettsted

<https://www.msif.org/about-ms/childhood-ms/>

Aktuell brosjyre

Brosjyren «MS hos barn og unge under 18 år, En brosjyre for foreldre» kan bestilles på MS-forbundets nettside www.ms.no eller lastes ned her:

<http://www.ms.no/leve-med-ms/barn-og-unge-under-18-aar-med-ms/brosjyre-om-barn-og-unge-med-ms>