

Tabell 3. Oversikt over de viktigste vurderingene og behandlingsprinsippene hos kvinner med multipel sklerose (MS)

Hos alle fertile kvinner	Ved planlegging av graviditet	Under graviditet	Ammeperiode / postpartum
Diskuter prevensjon og barneønske med jevne mellomrom. Informert om at det generelt ikke er grunn til å fraråde graviditet. De fleste kvinner med MS har normale svangerskap. Informert om at det er fordelaktig å planlegge svangerskapet, og at graviditeten fortrinnsvis bør skje i en periode der sykdommen er i en rolig fase. Informert om lav risiko for MS hos barnet når mor eller far har MS (ca 2-3 %), men høyere (rundt 20 %) dersom begge foreldrene har MS. Vurder sykdomsbehandlingen i lys av en eventuell fremtidig graviditet og ammeperiode. Gi informasjon om vurderingene. Teriflunomid og fingolimod er mistenkt å være teratogene, og bruk hos fertile kvinner bør derfor vurderes nøye.	Det bør settes opp en individuell behandlingsplan for graviditet og eventuell ammeperiode / postpartum. Informert om generell forventet sykdomsaktivitet under graviditet (reduert) og postpartum (økt) - se "sykdomsaktivitet" videre i tabellen. Sykdomsmodulerende behandling bør som hovedregel seponeres. Hos pasienter med høy-aktiv attackpreget MS før oppstart av behandling kan glatirameracetat, interferon-beta, dimetylfumarat og natalizumab brukes fram til påvist graviditet. Vurder om det er behov for en utvaskingsperiode for kvinnens medisiner. Teriflunomid krever aktiv utvasking, og måling av serumkonsentrasjon anbefales. Attakker behandles etter vanlig regime. Assistert befruktning er muligens forbundet med økt risiko for attakker.	Sykdomsaktivitet: de fleste kvinner har redusert sykdomsaktivitet under graviditet, spesielt i 3. trimester. Sykdomsmodulerende behandling bør som hovedregel seponeres. MS kan imidlertid ha svært variabelt forløp og behandlingen bør derfor individualiseres. Ved aktiv MS-sykdom kan glatirameracetat og interferon beta vurderes brukt under graviditet (natalizumab unntaksvis ved alvorlig sykdom). Attakker kan behandles med metylprednisolon, plasmaferese eller intravenøs immunglobulin i alle deler av svangerskapet. Noe forsiktighet med metylprednisolon bør utvises i 1. trimester. MS er ingen avgjørende faktor for valg av fødselsmetode eller type anestesi, med unntak av kvinner som er svært sykdomspåvirket. MR er ikke kontraindisert under graviditet, men gadoliniumbasert kontrastmiddel bør hvis mulig unngås. Imidlertid bør ikke MR som rutine gjennomføres under graviditet.	Sykdomsaktivitet: økt risiko for attakker første månedene etter fødsel, deretter vanligvis samme sykdomsaktivitet som før svangerskapet. Begrenset datagrunnlag antyder at intravenøs immunglobulin og fullamning kan beskytte mot sykdomsaktivitet etter fødselen. For mange kvinner er amming mulig. Individuell vurdering om kvinnen kan amme dersom hun skal bruke sykdomsmodulerende legemidler. Interferon-beta og glatirameracetat vurderes som relativt trygge for det brystnære barnet. For kvinner som ikke skal amme anbefales gjenoppstart av sykdomsmodulerende behandling så raskt som mulig etter fødselen. Dette er særlig viktig for kvinner med tidligere høy sykdomsaktivitet og som har brukt natalizumab eller fingolimod. Attakkbehandling med metylprednisolon er forenelig med amming. Vurder ev. 4-8 timers ammepause. MR av hjerne og ryggmarg anses som trygt under amming. Vær oppmerksom på postpartum depresjon. Vurder om levende vaksiner bør unngås hos spedbarnet.