

# Epilepsi under graviditet

## Förändringar sedan föregående version

Dokumentets giltighetstid har förlängts utan ändringar i innehållet.

## Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte .....	2
Utförande.....	2
Prekonceptionell rådgivning .....	2
Förebyggande behandling med folsyra .....	3
Fostermisbildningsrisk vid antiepileptisk behandling.....	3
Handläggning på barnmorskemottagning (BMM).....	4
Handläggning på neurologmottagning .....	5
Monitorering av epilepsiläkemedel under graviditet .....	5
Inför förlossning.....	6
Förlossning .....	6
Efter förlossning .....	7
Amning .....	7
Ansvar .....	7
Arbetsgrupp.....	7

## Bakgrund och syfte

- 0,4–0,7% av alla gravida behandlas för epilepsi. Fler patientgrupper behandlas med antiepileptiska läkemedel av andra skäl (psykiatrisk behandling, smärtbehandling).
- Det finns ingen säkerställd generell riskökning för spontanabort, prematurbörd, sectio eller gestationshypertoni bland gravida med epilepsi. Risken för small for gestational age (SGA) är dock ökad med faktor 2–3. Risken för missbildningar och kognitiv påverkan är ökad, risken är olika för olika epilepsiläkemedel.
- Målsättningen med antiepileptisk behandling under graviditet är att undvika bilaterala tonisk-kloniska anfall (BTKA). Okontrollerade BTKA bedöms vara mer skadliga för den gravida och fostret än antiepileptisk behandling.
- Om den gravida varit anfallsfri året före graviditet är sannolikheten för anfallsfrihet under graviditet cirka 85 %.

I detta dokument definieras aktiv epilepsi som minst ett anfall inom en 2-årsperiod eller kontinuerlig behandling med epilepsiläkemedel.

## Utförande

### Prekonceptionell rådgivning

Eventuell anpassning av antiepileptisk behandling bör ske i god tid före planerad graviditet eftersom terapirevision kan ta upp till ett år. Behandling planeras med det läkemedel som har bäst effekt mot aktuella anfallstyper i lägsta effektiva dos. Monoterapi bör eftersträvas då kombinationsbehandling ökar risken för fostermisbildning. Kombinationsbehandling kan dock behövas hos vissa med svårbehandlad epilepsi. Om graviditeten är oplanerad bör aktuell behandling inte bytas ut under första trimestern eftersom detta i de flesta fall medför kombinationsbehandling och därmed ökad missbildningsrisk.

Vid anfallsfrihet i minst 2 år kan, beroende av epilepsityp och syndrom, utsättning av epilepsiläkemedel övervägas.

Ändringar/utsättande av medicinering bör vara genomförda 6 månader före planerad graviditet med tanke på risken för anfallsrecidiv. Beslut angående behandlingsregim tas av neurolog.

### Förebyggande behandling med folsyra

Läkemedelsbehandling ökar risken för missbildningar och försämrad kognitiv utveckling hos barnet. Huruvida folsyrabehandling motverkar negativa effekter av antiepileptika är dock inte visat. Utöver en liten ökning av tvillinggraviditeter har inga negativa effekter av folsyrebehandling kunnat konstateras.

Folsyra rekommenderas inför och under graviditet för att minska risken för neuralrördefekter. Läkemedelsverket rekommenderar i sin senaste behandlingsrekommendation avseende epilepsidosen 0.4 mg/dag, det vill säga samma dos som till övriga. Samtidigt påpekas att praxis varierar och att inga randomiserade studier föreligger. Neurologer förskriver vanligtvis mellan 1 mg och 5 mg dagligen. Gynekolog eller MHV-läkare förskriver 1 mg folsyra dagligen till personer med epilepsi som saknar effektivt skydd mot graviditet samt till gravida fram till vecka 12+0. Neurolog kan välja att förskriva annan dos.

### Fostermisbildningsrisk vid antiepileptisk behandling

De flesta gravida med epilepsi föder friska barn. Antiepileptisk behandling ökar dock missbildningsrisken ungefär tre gånger, men den absoluta risken för missbildning är ändå liten. Alla epilepsiläkemedel kan ge upphov till alla typer av missbildningar (exempelvis läpp-käk-gomspalt, hjärtmissbildningar, hypospadi och neuralrördefekter). Risken för fostermisbildning vid kombinationsbehandling är betydligt högre (ca 7 %) än vid monoterapi (ca 4 %).

Fostermisbildningsrisken varierar mellan olika preparat och är dosberoende. För levetiracetam och lamotrigin har man inte sett statistiskt signifikant riskökning, för karbamazepin förefaller det röra sig om en marginell ökning, medan valproatbehandling medför en högre missbildningsrisk (upp till 10 %).

För valproat föreligger en särskild riskökning för neuralrörsdefekter och dessutom för negativa kognitiva effekter, inklusive ökad risk för autismspektrumstörning och intellektuell funktionsnedsättning. Valproat är kontraindicerat för personer i fertil ålder utan högeffektiv preventivmetod. Vid behandling med valproat skall preventivmedelsrådgivning ske av eller i samråd med läkare. Tydlig information om riskerna vid graviditet skall ges. År 2023 infördes skärpta restriktioner och ett liknande graviditetspreventionsprogram även för topiramat, som vad gäller riskinformation bör hanteras precis som valproat. Epilepsibehandling med topiramat av kvinnor i fertil ålder ska göras av neurolog med stor erfarenhet av epilepsi.

## Handläggning på barnmorskemottagning (BMM)

### **Barnmorska**

#### **Icke aktiv epilepsi:**

Lägg på administrationslistan för MHV-läkarbedömning. Patienten kan vanligen följa basprogram.

#### **Aktiv epilepsi:**

Första graviditetsbesöket:

- Rekommendera den gravida att snarast ta kontakt med ordinarie neurologmottagning. Dokumentera vilken mottagning i MHV3. Dokumentera ordinerad folsyredos och övriga läkemedel.
- Fråga om samtycke att ta del av Nationella patientöversikten (NPÖ) under graviditeten.
- Lägg på administrationslistan med frågeställning besök hos MHV-läkare/övrig vårdplan.

Andra graviditetsbesöket:

- RUL-remiss för organscreening hos barnmorska skrivs

#### **MHV-läkare (vid aktiv epilepsi):**

- Ställningstagande remiss Spec-MVC i komplicerade fall.

- Remiss till anestesi KK Östra behövs inte för gravida som är anfallsfria och har kontakt med neurolog.
- T. folsyra 1 mg x 1 fram till v 12+0 om patienten står på epilepsiläkemedel och om neurolog inte ordinerat annan dos.

## Handläggning på neurologmottagning

### Sjuksköterska

- Kontrollera vid första kontakt under graviditeten att patienten kontaktat BMM.
- Ansvara för koncentrationsbestämningar och för att per telefon och via digital plattform 1177.se kommunicera dosändringar till patienten.
- Ansvara för registrering i EURAP
- Ansvara för att relevanta journalkopior skickas till BMM, alternativt informera BMM om att anteckning finns att läsa i NPÖ.

### Läkare

- Kontrollera vid första besöket under graviditeten att patienten kontaktat BMM. Eventuell remiss till Spec-MVC skickas av MHV-läkare.
- Ansvara för medicinering, inklusive eventuell dosjustering och intervall för koncentrationsmätning.
- Ansvara för att relevanta journalkopior skickas till BMM, alternativt informera BMM om att anteckning finns att läsa i NPÖ.

## Monitorering av epilepsiläkemedel under graviditet

Under en graviditet påverkas clearance för vissa läkemedel. Detta är mest uttalat för lamotrigin där clearance kan öka mångfaldigt.

Minskad serumkoncentration kan öka risken för anfall. Koncentration av läkemedel bör om möjligt mätas före graviditet och kontrolleras sedan med olika intervall under graviditet. För lamotrigin sker detta månadsvis och dosen kan behöva justeras utifrån koncentrationen före

graviditet och beroende av anfallssituation. Man bör inte rutinmässigt höja lamotrigindosen under första trimestern eftersom det möjligen finns ett samband mellan hög lamotrigindos och fostermissbildningar. Beträffande övriga epilepsiläkemedel följs dessa med glesare intervall, exempelvis var tredje månad. Vid problem samråd med epileptolog. I praktiken har de flesta kvinnor med epilepsi tät kontakt med epilepsisköterska under sin graviditet.

## Inför förlossning

Epilepsisjuksköterska skriver vårdplan, senast i graviditetsvecka 36, i Melior. I denna framgår eventuell dosjustering av epilepsiläkemedel postpartum samt när och var provtagning av läkemedelskoncentration skall tas efter att patienten är förlöst. Denna plan skrivs ut och patienten ger denna till BMM-barnmorskan alternativt informeras om att planen finns i NPÖ. Sammanfattning av vårdplan eller hänvisning till Melior görs i MHV3.

## Förlossning

- Gravida med epilepsi kan förlösas på alla förlossningsavdelningarna. Om hög anfallsaktivitet kan PAL på Spec-MVC besluta om förlossning på avd 314
- De flesta gravida med epilepsi kan förlösas vaginalt med sedvanlig regim för smärtlindring.
- Vid inkomsten till förlossningen sätts intravenös infart.
- Under förlossningsarbetet skall ordinarie antiepileptisk medicinering ges som vanligt.
- Ca 2,5 % får anfall under pågående förlossningsarbete, anfallsrisken är störst hos de som haft anfall under graviditeten.
- Vid krampanfall i samband med förlossning bör differentialdiagnosen eklamptiskt anfall noga övervägas (eftersom terapiregimerna skiljer sig åt).
- Diazepam utgör förstahandsbehandling av enstaka anfall under pågående förlossningsarbete. Initial dos är 5–10 mg i.v, beroende på kroppsvikt. Ytterligare doser kan ges upp

till 20 mg. Jourhavande anestesilog på förlossningsavdelning skall kontaktas.

- Om anfallet inte bryts efter diazepam upp till 10–20 mg diskuteras fortsatt handläggning med jourhavande anestesilog och neurologbakjour kontaktas via SU:s växel (031- 342 1000).
- Akut sectio kan bli aktuellt vid upprepade eller långdragna anfall.

## Efter förlossning

Uppföljning av epilepsimedicinering enligt vårdplan i Melior.

## Amning

I stort sett kan alla nyförlösta med epilepsiläkemedel amma. Några läkemedel går över i bröstmjolk i sådana doser att bröstmjölken uppnår >50 % av moderns serumkoncentration. Inga studier över biverkningar hos dessa barn finns publicerade. Det anses generellt säkert att amma fullgångna barn oavsett vilket preparat modern behandlas med. Om amning påbörjas bör barnet observeras med avseende på biverkningar, se Janusinfo.se för detaljer. Vid beslut om prematurt födda barn får ammas eller inte skall neonatolog rådfrågas. Om barnet förefaller sederat, irriterat eller äter dåligt kan modersmjölksersättning vara indicerat. Vid behov kan s-koncentrationer av aktuellt läkemedel mätas på mor och barn. Generellt sett kan också påtalas att god nattsömn är viktigt för att undvika epilepsianfall vilket också kan föranleda beslut om modersmjölksersättning framför allt nattetid.

## Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

## Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Mårten Alkmark, sektionschef, Obstetrik, SU.

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Johan Zelano, överläkare, Neurologkliniken, SU.

Simon Lindquist, specialistläkare, Neonatal, SU.

#### **Innehållsgranskare**

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Hannah Lafrenz, överläkare, Anestesi KK ÖS, SU.

Lena Otterlind, överläkare, Obstetrik, SU.

#### **Godkännare**

Annelie Falk, verksamhetschef, Obstetrik, SU.

Susanne Samuelsson, Områdeschef, Barnmorskemottagningar och Gynekologi, Regionhälsan.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje verkställighet

**Gäller för:** Barnmorskemottagning och gynekologi

**Innehållsansvar:** Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

**Granskad av:** Anna Hagman, (annha67), Överläkare, Hannah Lafrenz, (hanla9), Överläkare, Lena Otterlind, (lenot), Överläkare

**Godkänd av:** Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef, Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

**Dokument-ID:** RHS9927-391389789-56

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2026-04-22

**Giltig till:** 2028-04-22