OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: VE Barn o Kvinna
Giltig från: 2026-09-02
Innehållsansvar: Ghada Al Mansour, (ghaal5), Underläkare, ST
Giltig till: 2028-09-30
Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef
Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Epilepsi och graviditet – behandling

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

- 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 gravidkitet 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 tvåårsperiod eller kontinuerlig behandling med epilepsiläkemedel.

Arbetsbeskrivning

Inför graviditet

Prekonceptionell rådgivning

Inför planerad graviditet kontaktas epilepsibehandlande läkare för optimering av behandlingen med antiepileptika.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

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 fostermissbildning. 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 öka missbildningsrisk. Abrupt utsättning av antiepileptika innebär risk för anfallsförsämring.

Vid anfallsfrihet i minst två år kan, beroende av epilepsityp och syndrom, utsättning av epilepsiläkemedel övervägas. Ändringar/utsättande av medicinering bör vara genomförda sex månader före planerad graviditet med tanke på risken för anfallsrecidiv. Beslut angående behandlingsregim tas av neurolog.

Förebyggande behandling med folsyra

Kvinnor i fertil ålder upplyses om att 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 neuralrörsdefekter.

Pregravid profylax med tablett Folsyra Evolan 5 mg, 1 tablett dagligen påbörjas minst en månad före konception och fortgår under hela graviditeten. Patienter med epilepsi som saknar skydd mot graviditet förskrivs 1 mg folsyra dagligen.

Fostermissbildningsrisk 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 neuralrörsdefekter). Risken för fostermissbildning vid kombinationsbehandling är betydligt högre (cirka 7 %) än vid monoterapi (cirka 4 %).

Fostermissbildningsrisken varierar mellan olika preparat och är dosberoende. För levetiracetam och lamotrigin har man inte sett statistiskt signi-

fikant 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 ska preventivmedelsrådgivning ske av eller i samråd med läkare. Tydlig information om riskerna vid graviditet ska 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.

Under graviditet

Handläggning på barnmorskemottagning (BMM)

Barnmorskor (icke aktiv epilepsi)

Remiss till specialist-MVC för bedömning om patienten kan följa basprogram.

Barnmorskor (aktiv epilepsi)

Första graviditetsbesöket

- Rekommendera den gravida att snarast ta kontakt med ordinarie neurologmottagning. Dokumentera ordinerad folsyredos och övriga läkemedel.
- Fråga om samtycke att ta del av Nationella patientöversikten (NPÖ) under graviditeten.
- Remiss till specialist-MVC med frågeställning *besök hos läkare/ övrig vårdplan?*

Andra graviditetsbesöket

- TUL-remiss för organscreening hos barnmorska skrivs.
- RUL-remiss för organscreening hos barnmorska skrivs.
- Remiss till specialist-MVC vid komplicerade fall.

Specialist-MVC-läkare (vid aktiv epilepsi)

- Under graviditeten bör patienten ha regelbunden kontakt med behandlande läkare. Dosjustering utifrån anfallssituation och eventuella biverkningar. Koncentrationsbestämning. Behandlande läkare tar ställning till eventuellt amningshinder.
- Remiss till anestesikliniken behövs inte för gravida som är anfallsfria och har kontakt med neurolog.
- Vid 33–34 graviditetsveckor och förlossningsplanering. Bokas som digitalt vårdmöte. Bevakning av kallelse för detta besök läggs vid RUL hos barnmorska.
- Tablett folsyra 1 mg x 1 fram till vecka 12+0 om patienten står på epilepsiläkemedel och om neurolog inte ordinerat annan dos.

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 epiletolog. 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 ska 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

- De flesta gravida med epilepsi kan förlösas vaginalt med sedvanlig regim för smärtlindring.
- Vid inkomsten till förlossningen sätts intravenös infart.
- Under förlossningsarbetet ska ordinarie antiepileptisk medicinering ges som vanligt.
- Cirka 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 anestesiolog ska kontaktas.
- Om anfallet inte bryts efter diazepam upp till 10–20 mg diskuteras fortsatt handläggning med jourhavande anestesiolog.
- Akut sectio kan bli aktuellt vid upprepade eller långdragna anfall.

Efter förlossning

Postpartum tar patienten telefonkontakt med epilepsibehandlande läkare.

Det är viktigt med god smärtlindring för att undvika epilepsianfall.

Den kontraceptiva effekten av lågdoserade p-piller kan nedsättas om kvinnan använder enzyminducerade preparat. Hormonspiral kan vara ett bra förstahandsval. Se även Närhälsans riktlinje Antikonception vid epilepsi, barnmorskemottagningar.

Amning

I stort sett kan alla nyförlösta med epilepsiläkemedel amma. Några läkemedel går över i bröstmjölk 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 ska neonatolog rådfrågas. Om barnet förefaller sederat, irritabelt 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 und-

vika epilepsianfall vilket också kan föranleda beslut om modersmjölksersättning framför allt nattetid.

Risksituationer

Alla personer med epilepsi behöver tänka igenom anfallsrelaterade risker. Dessa är individuella och beror på anfallstyp och anfallsfrekvens. Vanliga exempel är att undvika höga höjder utan säkerhetsanordning och ensamma bad. På samma sätt behöver föräldrar med epilepsi tänka igenom särskilda högriskaktiviteter i omhändertagande av barnet. Risken för anfall i varje given stund är mycket liten, men möjliga åtgärder (särskilt vid hög anfallsfrekvens) kan vara att byta blöja på golvet, göra nattlig vaggning sittande i stället för gående och bada barnet i närvaro av annan vuxen person. Vid hög anfallsfrekvens kan föräldern med epilepsi sjukskrivas och en annan person få föräldrapenning.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Ghada Al Mansour, (ghaal5), Underläkare, ST

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-122

Version: 7.0

Giltig från: 2026-09-02

Giltig till: 2028-09-30