



SCLEROSE og **GRAVIDITET**

En informationsbrochure
til dig som ønsker at vide
mere om MS og graviditet

**Medforfattere:****Morten Blinkenberg**

Speciallæge i neurologi, Ph.D.,
Dansk Multipel Sclerose Center, Rigshospitalet

Joanna Bjørklund Rasmussen

Jordemoder, Scleroseforeningen

Udgivet i Danmark:

Marts 2015

Copyright:

Sanofi Genzyme

Sanofi Genzyme påtager sig intet ansvar for indholdet af denne brochure. De meninger, der fremføres, er forfatternes egne og deles ikke nødvendigvis af Sanofi Genzyme.

Indhold:

Morten Blinkenberg:	
Sclerose og graviditet	5
Din guide til den bedst egnede prævention	13
Joanna Bjørklund Rasmussen:	
Dagligdagen med børn – MS og graviditet	14
Nyttige links og telefonnumre	25



Om Morten Blinkenberg

Morten Blinkenberg er speciallæge i neurologi, Ph.D. og ansat som overlæge og daglig leder af Dansk Multipel Sclerose Center, Neurologisk Klinik, Rigshospitalet.

Derudover er Morten Blinkenberg associeret seniorforsker ved Neurobiologisk Forskningsenhed, ligeledes på Rigshospitalet.

Morten Blinkenberg har primært haft sit forskningsmæssige fokus rettet mod områderne multipel sclerose og billeddiagnostik, specielt PET- og MR-scanning.

Gennem sit arbejde i Dansk Multipel Sclerose Center på Rigshospitalet arbejder Morten Blinkenberg endvidere med klinisk medicinafprøvning hos MS-patienter.

Ved siden af sin ansættelse på Rigshospitalet er Morten Blinkenberg en del af Scleroseforeningens ekspertteam, der rådgiver og svarer på spørgsmål via foreningens hjemmeside, især om diagnostik, sygdomsforløb, behandling og forskning.

Sclerose og graviditet

Multipel sclerose (MS) er den mest almindelige neurologiske sygdom hos yngre voksne i Danmark, hvor ca. 13.500 personer i 2014 er ramt af sygdommen.

MS rammer hyppigst i 20-40 års alderen, og kvinders risiko for at få sygdommen er ca. dobbelt så stor som hos mænd i samme aldersgruppe.

MS angriber derfor på et tidspunkt i livet, hvor vigtige ting som parforhold, familie og karriere etableres. Når diagnosen afsløres, vil mange tanker melde sig, blandt andet om graviditet og hvorvidt sclerosen kan påvirke evnen til at få børn, forløbet af graviditeten, fødsel, samt arvelighed.





Kan jeg få børn, når jeg har sclerose?

Kvinder med MS har ikke sværere ved at blive gravide end alle andre kvinder og skal ikke gennemgå særlige undersøgelser eller tests, før de kan blive gravide. MS rammer udelukkende nervesystemet, nærmere bestemt det centrale nervesystem (hjerne og rygmarv), og påvirker ikke andre af kroppens funktioner direkte. Sygdommen udløses som følge af en fejl i immunsystemet, hvor immuncellerne angriber det isolerende materiale, myelin, på nervecellernes udløbere og nervesystemets funktion forringes. Kroppens øvrige organer vil derimod fungere normalt, og kvindens biologi i forhold til hormoner, cyklus og forplantningsevne påvirkes ikke af MS.

Graviditet og fødsel påvirker heller ikke kvindens sygdomsforløb, hvor selve graviditeten kan beskytte mod angreb, mens tiden efter fødslen rummer en let øget risiko for angreb. Uanset om kvinden vælger at blive gravid eller ej, vil sygdommen samlet set forløbe ens. Der er derfor ingen risiko ved at blive gravid og få børn, hvis man har MS, hverken for kvinden eller barnet.

Det er dog altid en god idé at tale med din neurolog, inden graviditeten besluttet, da der kan være særlig rådgivning i forhold til sygdomsforløb og behandling, før, under og efter graviditeten.

Kan mit barn få MS?

Sclerose smitter ikke, og man kan ikke overføre sygdommen til sit barn under graviditeten, eller når barnet ammes. Sclerose arves heller ikke på simpel vis, så man kan ikke risikere at give et særligt MS-gen videre til sit barn, og barnet kan heller ikke "gen-testes" for MS.

En lang række gener kan dog have betydning for MS, og hvis mange af disse gener gives videre, kan det øge risikoen for, at barnet senere i livet udvikler sygdommen. Børn af en forælder med sclerose har derfor en let øget risiko for at blive syg, beregnet til ca. 3 %, til sammenligning med 0,3 % for alle danskere. På den måde er risikoen fortsat så lille, at kun ét barn ud af 33 fødsler vil få sygdommen. Der er derfor ingen grund til at fraråde kvinder eller mænd med MS at få børn.

Hvad med MS behandling, når jeg bliver gravid?

Mange kvinder med MS er i medicinsk forebyggende immunbehandling mod sclerosen, hvilket kan være et problem i forhold til graviditet, da nogle former for medicin kan påvirke fosteret og skal stoppes. Hvis man er i behandling mod sclerosesymptomer, som smerter og spasmer, kan der også være risiko for fosterpåvirkning, hvorfor behandlingen ligeledes må stoppes. Derfor skal den medicinske behandling tilpasses graviditetsønsket, inden man bliver gravid.

Når graviditeten planlægges, tager neurologen stilling til, om den forebyggende behandling kan fortsættes, eller den skal skiftes eller eventuelt pauseres. I nogle tilfælde kan man blive på sin forebyggende MS-behandling, hvis den hverken påvirker evnen til at blive gravid eller påvirker fostret. Når man er blevet gravid vil behandlingen under alle omstændigheder blive stoppet, da graviditeten beskytter mod angreb, og medicinsk behandling derfor sjældent er nødvendigt.

De generelle helbredsmæssige anbefalinger før og under graviditeten er også vigtige, og man har som MS-patient ikke brug for specielle diæter eller vitamintilskud. En almindelig varieret kost er optimal, og man skal kun tage anbefalede mængder D-vitamin under graviditeten (10 µg dagligt). Man skal desuden huske at starte med folinsyre, når man prøver at blive gravid (400 mg daglig fra graviditeten planlægges til 12. graviditetsuge), ligesom jern-tilskud er særligt vigtigt (40-50 mg fra 10. uge og til 1 måned efter fødslen), da der er risiko for lav blodprocent under graviditeten. Hvis man ikke spiser mælkeprodukter (mælk, yoghurt, ost osv.), er kalkbehovet ikke dækket, og man bør tage kalktilskud i pilleform. Her skal man dog være opmærksom på, at kalkpiller også kan indeholde D-vitamin, så man ikke overdoserer. En multivitaminpille dagligt kan i de fleste tilfælde dække den gravide kvindes behov.

Påvirker sclerosen forløbet af graviditeten?

Under graviditeten vil sclerosen i de fleste tilfælde holde sig i ro, da kvindens graviditetshormoner beskytter mod sygdommen. Hormonerne påvirker immunsystemets aktivitet, hvilket blandt andet sker for at beskytte fosteret mod afstødning. Samtidig vil denne effekt også beskytte kvinden mod MS. Jo længere graviditeten skrider frem, desto bedre er kvinden beskyttet mod sclerosen.

Hos langt de fleste kvinder vil graviditeten derfor forløbe uden nye anfald. Nogle af graviditetens almindelige problemer, som træthed, vandladningsgener, smerter og tyngdefornemmelse i benene, er også symptomer, som kan forekomme ved MS, hvilket kan føles som en forværring af sygdommen. Man skal derfor huske at kontakte sin MS klinik og fortælle sygeplejersken om ændringer i symptomerne, så der kan skelnes mellem almindelig graviditetsbelastning og mulig aktivitet i sclerosen.

Under graviditeten møder kvinden med MS en jordemoder og taler med egen læge, som alle andre gravide. Desuden vil kvinden i de fleste tilfælde få tilbudt konsultation hos en fødselslæge, hvor man taler om mulige komplikationer til graviditeten, samt forventninger og ønsker til den kommende fødsel. Mange får også tilbudt samtale med en narkoselæge, for at tale om bedøvelse og hvordan den eventuelt kan påvirke fødslen. I den forbindelse skal det nævnes, at alle former

for bedøvelse kan gives, når man har MS, også narkose og rygmarsbedøvelse. Endelig er det vigtigt, at kvinden mødes med sin neurolog, der spørger ind til symptomer under graviditeten og planlægger behandlingsforløbet omkring og efter fødslen.

Hvad nu hvis jeg får anfald under graviditeten?

Hvis uheldet skulle være ude, og der kommer anfald under graviditeten, skal kvinden kontakte sin MS klinik, hvor hun kan få råd om, hvordan anfaldet skal behandles. I mange tilfælde vil aflastning være tilstrækkeligt, og symptomerne fra anfaldet vil svinde af sig selv. Hvis der er tale om et alvorligt anfald, vil man i de fleste tilfælde tilbyde symptomdæmpende behandling med binyrebarkhormon, uden at det har nogen konsekvens for fosteret. Dog vil man sædvanligvis undgå behandling med binyrebarkhormon de første tre måneder af graviditeten, hvor fosteret er særligt følsomt for medicinpåvirkning. Din neurolog vil give råd og vejledning, hvis den situation skulle opstå.

Kan jeg føde normalt, når jeg har sclerose?

Under graviditeten vil livmoderen vokse normalt og bliver til slut kroppens største muskel. Livmoderens funktion styres af hormoner og er ikke styret af nervesystemet. Sclerosen kan derfor ikke påvirke livmoderens kraft og kvindens evne til at føde barnet. Forløbet af selve

fødslen er også helt som hos andre kvinder, veerne forløber normalt, og der kan være komplikationer, som andre kvinder også kan opleve. Heldigvis forløber de fleste fødsler uden væsentlig dramatik og alvorlige komplikationer, så der er god grund til at se frem til den lykkelige oplevelse, når barnet fødes.

Der er ingen særlige anbefalinger om kejsersnit, når kvinden med MS skal føde, hvor vaginal fødsel som udgangspunkt anbefales. Fødselsforløbet vil blive gennemgået med fødselslægen og jordemoderen i god tid, så der er tryk om omkring forløbet. Hvis der er særlige grunde til at planlægge kejsersnit, vil dette blive sikret i god tid inden fødslen, som ved alle graviditeter.

Hvad så, når jeg har født?

Når barnet er født, vil kvindens krop hurtigt tilvænne sig den nye situation, og hormonbalancen vil ændres radikalt. Det betyder også, at kvindens modstandsdygtighed overfor angreb ændres, og i de første 3-6 måneder efter fødslen vil risikoen for at få nye angreb øges med ca. 25 procent i forhold til tiden inden graviditeten. Hvis man ikke har en alvorlig scleroseform, og sygdommen har været i ro inden fødslen, anbefales i de fleste tilfælde, at barnet ammes i op til 6 måneder inden sclerosebehandling påbegyndes igen. I ammeperioden vil man i nogle tilfælde få tilbudt behandling med immunglobulin, der kan reducere risikoen for at få nye angreb. Hvis man har en aggressiv sclerose sygdom, vil





neurologen i mange tilfælde anbefale en meget kort ammeperiode, eller slet ingen amning. Hurtig genopstart af behandlingen og modermælkserstatning vil i disse tilfælde være det rigtige valg. Det kan være svært at skulle fravælge amning, men det er vigtigt, at sygdommen bliver holdt i ro, så der er fysisk og psykisk overskud og kræfter til at tage sig af det nyfødte barn.

Det lille barn spreder glæde og lykke, men har også vigtige behov, der skal dækkes, hvilket i særlig grad kan tære på kræfterne og energien, når man som mor har MS. Det er vigtigt at planlægge dagen og fordele arbejdsopgaverne, så den nybagte mor bliver aflastet tilstrækkeligt. Det er også vigtigt, at der er overskud til kontakten med barnet, ro omkring amning eller flaske, hygge når barnet skiftes, og at mor-barn forholdet på den måde prioriteres. Det kan derfor være en god idé at tale med familie og venner, inden barnet kommer til verden, om hvordan de kan hjælpe og støtte, så der er en plan og tryghed omkring den første tid efter fødslen. Man kan også tale med sin sundhedsplejerske, om gode råd og måske aftale besøg i hjemmet.

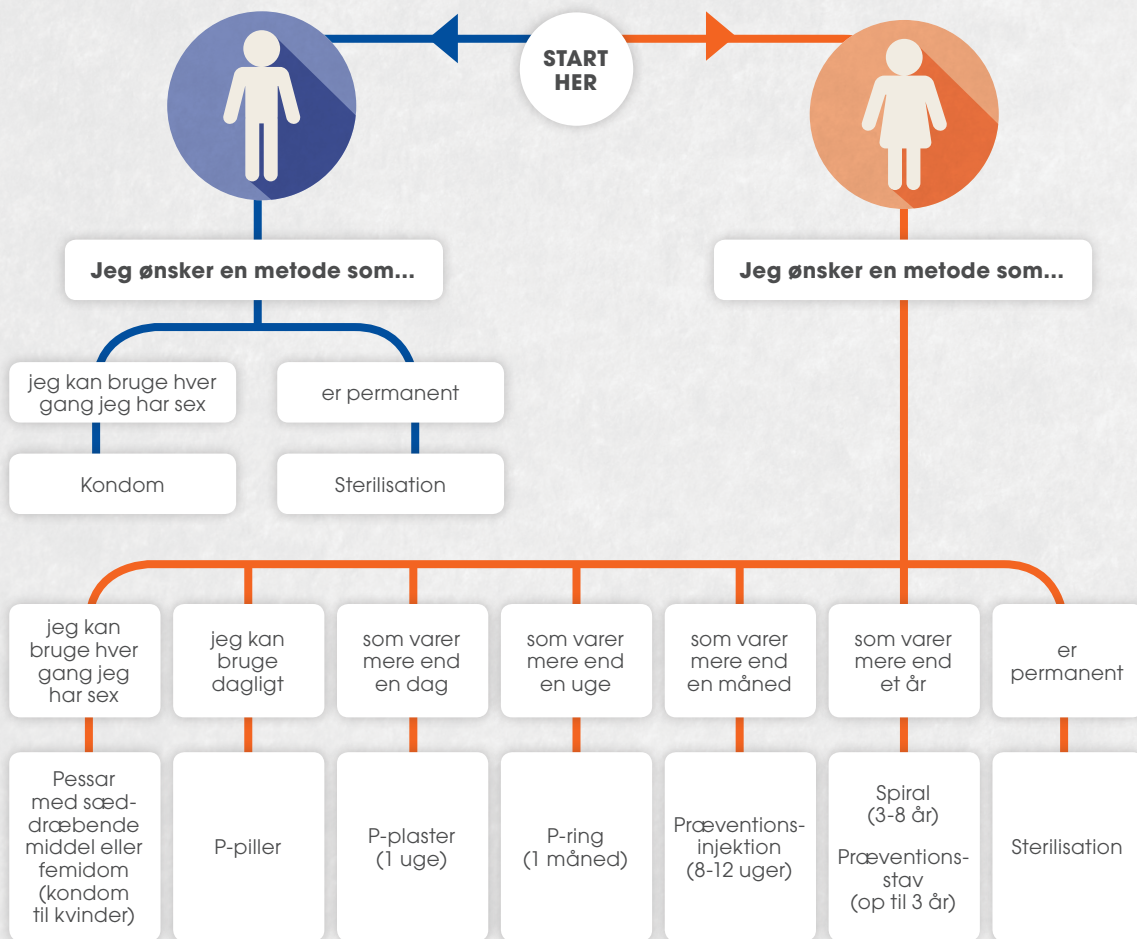




Din guide til den bedst egnede prævention

Når du skal vælge prævention, er det vigtigt, at du finder en præventionsform, du har det godt med, som du har tillid til, og som passer til din livssituation, enten som "single" eller med en fast partner.

Denne oversigt kan måske hjælpe dig med at finde det helt rette præventionsvalg for dig:



Tal med din praktiserende læge om de enkelte præventionsmetoder og læs mere på www.apotek.dk



Om Joanna Bjørklund Rasmussen

Joanna Bjørklund Rasmussen er uddannet jordemoder i år 2000 fra Danmarks Jordemoderskole i København. Siden har Joanna Bjørklund Rasmussen arbejdet på Hvidovre fødeklinik, Glostrup fødegang, Holbæk fødegang og barselgang og på Gentofte akut svangremodtagelse og barselgang.

Joanna Bjørklund Rasmussen har praktisk erfaring inden for såvel graviditet, fødsel og barselsperiode, og siden 2004 har Joanna Bjørklund Rasmussen arbejdet med at indsamle viden om MS og graviditet, fødsel og barsel. Arbejdet er sket i en tværfaglig arbejdsgruppe.

Denne arbejdsgruppe var i 2007 med til at fastlægge de nationale retningslinjer for, hvordan gravide/fødende/barslende scleroseramte kvinder skal behandles i det danske sundhedsvæsen.

Ved siden af sin almindelige ansættelse er Joanna Bjørklund Rasmussen en del af Scleroseforeningens ekspertteam, der rådgiver og svarer på spørgsmål via foreningens hjemmeside. Joanna besvarer især spørgsmål om graviditet, fødsel og barsel i forbindelse med MS, der falder naturligt ind under hendes fagområde som jordemoder.

Dagligdagen med MS – børn og graviditet

Joanna Bjørklund Rasmussen, Jordemoder, Scleroseforeningen, har skrevet om sine erfaringer med de problemstillinger, hun ofte møder hos kvindelige MS patienter, der har eller overvejer at få børn.

Til mødet i netværksgruppen har **Emilie** bagt biscotti, og de småfniser alle af, at hun småblundede og ikke fik dem taget ud af ovnen i tide, så alle nu er ved at knække tænderne på dem. De er hos **Michelle** i dag, og hun har brugt det meste af dagen på at få gjort rent, selvom hun ikke behøvede det, for de kender efterhånden hinanden ret godt.

- Der er **Line**, som er ny-diagnosticeret
- **Sabine**, som allerede har 2 børn
- **Maria**, der er hårdt ramt motorisk
- **Yasmin**, som lige er blevet gift
- **Emilie**, som er mor til et blebarn
- **Michelle**, som skal være alenemor (fiktive navne)

Da de har sat sig med latte og sten-biscotti, går snakken.

Maria fortæller glædestrålende gruppen, at hun og kæresten har besluttet at gå i gang med at prøve at få et barn. Men hun er nervøs for, om alle de forskellige MS-symptomer hun allerede har, bliver blandet med graviditetssymptomer i én lang køre. **Emilie** kan godt forstå hende, for hun havde selv svært ved at finde ud af, om de nye smerter i benet under hendes graviditet var MS-smerter, attack eller en blodprop, så det krævede en lille indlæggelse, før de fandt ud af, at det drejede sig om smerter i iskias-nerven, fordi vægten af barnet trykkede på nerverne. **Sabine** havde også symptomer, der kom og



gik, men hver gang talte hun med enten jordemoderen eller neurologen om dem, og det gjorde hende tryk.

Jordemoderen:

“Det er rigtigt, at man kan få forvirrende symptomer, der kommer og går.

Nogle af dem skyldes MS. Enten i form af de MS-symptomer man kendte fra før man blev gravid, men så er der også et fåtal, der får attaks eller pseudoattaks under graviditeten. Attaks er meget sjældne, især i 2. og 3. trimester, da kroppens immunforsvar under en graviditet dæmpes af hormonerne, så en graviditet er ligeså effektiv beskyttelse mod attaks som medicin. Får man nogle symptomer, som man er i tvivl om kunne være et attack, fx føleforstyrrelser eller lammelser, er det vigtigt at henvende sig til neurologen/ens sædvanlige scleroseafdeling straks.

Nogle af symptomerne skyldes graviditeten, men kan forveksles med MS-symptomer. Fx kan ens vanlige forstoppelse forværres ret meget under en graviditet, eller man kan få snurren i hænderne, hvis man samler meget væske i hænderne, så de hæver op. Er man i tvivl, om symptomerne er et attack, er det stadig neurologen, man skal henvende sig til. Hvis man er sikker på, det er graviditeten, som i eksemplet med forstoppelse, og gerne vil have råd til, hvad man kan gøre ved det, er det en god idé at spørge sin jordemoder.

En sjælden gang imellem kan man få symptomer, fordi der opstår komplikationer

i graviditeten. Det er fuldstændig ligesom hos raske, men de er ikke vant til mange mærkelige symptomer, så de er ikke så meget i tvivl, som man kan være, når man har MS. Fx har gravide øget risiko for blodpropper i benene, hvilket kan give smerter, som kan være svære at skelne fra MS. Eller man kan få svangerskabsforgiftning med synsforstyrrelser, hvilket også kan være svært at skelne fra MS. Er det opstået pludseligt eller tiltager hastigt, skal man omgående henvende sig på sin fødeafdeling ved at ringe på samme nummer, som man skal ringe til, når man går i fødsel. Så kommer man ind på fødeafdelingen til undersøgelse med det samme, og neurologen kommer over på fødeafdelingen og kigger til en. Opstår det langsomt og snigende over uger, så ring til svangreambulatoriet og bed om en tid hos en jordemoder eller fødselslæge så hurtigt som muligt – husk at sige, at du har MS.

Alt i alt kan de forskellige og vekslende symptomer være forvirrende, når man har MS. Det gør det også svært at vide, hvor man skal henvende sig. **Det vigtigste er at henvende sig til nogen – scleroseafdeling eller fødeafdeling.** Så bliver man hjulpet videre til det rette sted.”

Maria er ret bekymret over, om en graviditet vil give hende flere urinvejsinfektioner, for hun kæmper allerede med jævnligt tilbagevendende blærebetændelser, der ofte resulterer i pseudo-attaks. **Yasmin** spørger, om hun

har prøvet med masser af tranebærsaft, men **Maria** har indtil nu kunne forebygge nogle blærebetændelser med varmt undertøj. **Emilie** havde 3 blærebetændelser under sin graviditet, selvom hun normalt ikke plejer at have tendens til urinvejsinfektioner.

Jordemoderen:

“Mange med MS har svært ved at tømme blæren helt, og derfor står der altid lidt urin i blæren, som bakterier kan vokse i. Derfor oplever mange kvinder med MS at få urinvejsinfektioner med jævne mellemrum. Når man er gravid, udskiller man et hormon, der bl.a. afslapper muskulaturen omkring urinrøret, så urinrøret ikke er så stramt lukket til som normalt. Desuden trykker barn og væskeansamlinger på nerverne i bækkenet, så det kan gøre det endnu sværere at mærke, om man får tømt blæren godt nok. En graviditet kan øge risikoen for urinvejsinfektioner hos såvel raske som kvinder med MS. Derfor er det en god idé at lave triple voiding ved hvert toiletbesøg, ikke holde sig og drikke rigeligt (gerne syrlig væske som fx tranebærsaft). Triple voiding betyder, at man sætter sig og tømmer blæren, så godt man kan, herefter rejser sig op og går nogle skridt, og derpå sætter sig og prøver igen – dette gør man 3 gange i træk.”

Noget af det, der gør **Line** mest i tvivl, om hun vil have børn, er frykten for fødslen. Hun forestiller sig, at med de smerter hun allerede oplever i bækken og ben nu, vil det gøre ekstra ondt under fødslen – så vil hun hellere have kejsersnit. **Michelle** synes, det er fuldstændig uoverskueligt, hvis fødslen skal vare 72 timer, som nogen siger, det gør – hvordan skal hun kunne hænge sammen uden søvn i 72 timer? **Sabine** fniser – 72 timer er vist kun, hvis man tæller fra den allerførste ve, som ikke mærkes værre end milde menstruationssmerter, siger hun. **Emilie** fortæller, at hun var vågen meget længe under sin fødsel, men mest fordi hun var så spændt, at hun ikke havde lyst til at sove, og det var ikke så smart, set i bakspejlet. **Maria** tænker mest på, om hun kan bevæge sig





rundt, som man anbefaler, eller om hun overhovedet kan indtage de stillinger, man skal, når man skal presse barnet ud.

Jordemoderen:

“Fra det øjeblik veerne ikke længere er menstruations-murren, og veerne tager til og begynder at bide, kan fødslen klares på under 12 timer, hvis man sørger for at gribe ind, i fald der ikke længere er fremgang. Det er også længe for nogle, men altså ikke flere døgn trods alt. Man får ikke flere smerter end alle andre kvinder. Tværtimod kan nogle med MS måske opleve, at smerterne er til at arbejde med langt hen ad vejen, fordi de er vant til at tackle smerter på en anden måde end raske. Man behøver ikke løbe op og ned af trapper, som de gør på film. Nogle gange kan bevægelse, om det så bare er at stå og vugge fra side til side, hjælpe til, at veerne ikke går i stå. Men hvis man ikke er i stand til at bevæge sig så meget, skal det nok skride fremad alligevel – hvis ikke, kan man få skub i det med andre midler, som fx et vestibulerende drop. Der er mange stillinger, man kan bruge, når man skal presse barnet ud, fx liggende på siden, stående, siddende på en stor gymnastikbold og i et badekar – I skal nok finde en stilling, der passer jer.

Kvinder med MS har ikke større risiko for komplikationer og føder som regel helt normalt som alle andre kvinder. Derfor er der ikke i højere grad brug for hverken igangsættelser eller kejsersnit – det kan man få efter samme retningslinjer som raske. Det, der kan være særligt er, at

personalet bør sørge for at smertedække rigtig godt, så kvinder med MS kan hvile. Desuden bør personalet sørge for, at fødslen ikke trækker ud, sådan at kvinder med MS ikke bliver så udtrættede undervejs. Det mest optimale efter fødslen vil være, hvis barselsgangen har kapacitet til at give kvinder med MS enestue, så de ikke vækkes af andre børn og kan få sovet godt og hyppigt. Det giver mere energi til at lære barnet at kende, og til opstart af amningen, som er hård, selv for raske, da barnet de første 3-4 dage skal sutte 10-12 gange i døgnet. Når mælken er løbet til, sutter barnet kun 6-8 gange i døgnet og alt går nemmere.”

Yasmin er i tvivl, om hun overhovedet vil have børn. Hun har altid gerne ville have børn, men efter hun fik diagnosen MS for 4 år siden, er der endelig ved at falde ro på hendes nye liv med medicin, og hun har næsten vænnet sig til de symptomer, der kommer og går. Hun er bange for, om en graviditet vil vælte det hele igen, og tanken er lidt uoverskuelig for hende. **Sabine** kan berolige med, at for hende gik begge graviditeter helt uden komplikationer. Hun synes ikke så meget, det er graviditeterne, der har påvirket hendes beslutning, om hun skulle have børn, men mere hvordan det er at stå med et barn bagefter. Heldigvis har **Sabine** nogle meget aktive og hjælpsomme forældre, som gjorde det muligt for hende og hendes mand at få de 2 dejlige børn, som hun ønskede sig så højt. **Emilie** nikker

genkendende – men hun tror ikke, at hun vil have flere børn. Hun fortryder ikke, at hun fik den lille, men hun havde ikke gjort sig klart, hvor meget et barn krævede af en. Hendes kæreste har måtte holde barsel i lang tid samtidigt med **Emilie**, så han kunne tage over, så **Emilie** kunne få hvilet nok.

Jordemoderen:

“Det er rigtigt, at kvinder med MS ikke har øget risiko for graviditetskomplikationer, og derfor forløber deres graviditeter fuldstændig som raske kvinders.

Graviditeten i sig selv bør i hvert fald ikke være dét, der holder én tilbage fra at få børn. Det er netop mere tiden bagefter, man skal vægte i sine overvejelser.

Hvordan det er at stå med et barn og samtidigt de begrænsninger, den enkelte kvinde oplever af netop deres version af MS. Nogle oplever trætheden som det mest overskyggende, mens andre oplever motorikken som mest problematisk. Derfor vil løsningerne også variere fra familie til familie. For nogle handler det om at inddrage bedsteforældre, søskende, veninder eller andre, som kan hjælpe med aflastning. For andre handler det om at inddrage kommunen, som kan hjælpe med praktiske løsninger på fx transportproblemer eller hjælpemidler, der kan lette hverdagen med et barn.

Nogle klarer sig fint bare som par, næsten som raske. Andre vælger børn helt fra, fordi de ved med sig selv, at de ikke kan magte det i deres liv. Det kan være en svær beslutning. Snak med dem i jeres omgangskreds, der har børn, og prøv at

finde ud af hvilke særlige udfordringer et barn ville betyde for netop din version af MS. Og spekuler derefter på, hvordan man evt. kunne løse det. Gerne sammen med de ressourcepersoner i dit liv, der ville kunne være en del af løsningen.”

Michelles største bekymring er, hvor slem trætheden vil blive. Hun skal nå at afslutte en masse ting på sit arbejde, inden hun skal på barsel, så hun håber, at trætheden bliver overkommelig i graviditeten. Både **Emilie** og **Sabine** kan samstemmende berette om øget træthed i deres graviditeter. **Sabine** synes, det svingede meget, mens **Emilie** bare synes, hun var træt hele vejen igennem, hvilket blev forværret af, at hun ikke måtte tage sin vanlige medicin, når hun var gravid. Jamen, kan man ikke bare sove så?, undrer **Line** sig.

Jordemoderen:

“MS giver træthed i sig selv, da en hjerne med plaques skal arbejde ekstra hårdt for at udføre alle de dagligdagsopgaver - for nogle hjælper en lur i ny og næ. Derudover kan en graviditet øge trætheden endnu mere. I den første halvdel af graviditeten skyldes det ofte en lav blodprocent, som mange gravide får, og med MS er din risiko for lav blodprocent endnu højere. Hvis man har en lav blodprocent, er man som regel træt hele døgnet, og søvn hjælper ikke. Men det hjælper at få blodprocenten op igen, dels ved at begynde med at tage jerntabletter 10 mg. dagligt fra 10. graviditetsuge, dels

ved at spise jernholdig kost, i form af kød og mørkegrønne og mørkerøde grøntsager, som fx broccoli, spinat og rødbede. I den sidste halvdel af graviditeten bliver nogle meget trætte, da det er en hård belastning at slæbe rundt på al den ekstra vægt, og da kroppen generelt er ekstra belastet af de mange ekstra opgaver, den har. Denne form for træthed tiltager hen ad dagen og er værst om aftenen – men heldigvis hjælper det ofte at tage lure i løbet af dagen. Det er altid godt at vænne sig til at tage lure gennem dagen, for det får man også brug for efter fødslen.”

Michelle vil rigtig gerne amme, for det slider på økonomien med modermælkserstatning, når hun nu skal være enlig mor. “Men kan man overhovedet det, når man har MS?”. “Hvad med nattesøvnen?” Undrer **Michelle** sig. **Emilie** synes også, det er hårdt med den afbrudte nattesøvn, men man vænner sig lidt til det – faktisk sker det jævnligt, at hun ammer uden egentligt at vågne, så når hun står op om morgenen, kan hun ikke huske, at hun har ammet overhovedet, men baby er glad og mæt, og brysterne er ikke spændte, så det må hun jo have gjort. Alle pigerne griner. **Yasmin** siger, at hvis hun nogensinde skal have børn, ville hun helt sikkert fravælge amning for at starte på medicin hurtigst muligt. Jamen, jeg har læst, at amning beskytter mod MS i sig selv, siger **Maria**. **Sabine** er skeptisk – hun ammede det første barn uden problemer, men anden gang fik hun et attack 2 måneder efter fødslen, så der stoppede hun amningen og startede på medicin. **Yasmin** forstår ikke, hvorfor nogen overhovedet vil tage chancen. **Michelle** siger, fordi det er nemmere, man skal ikke stå og vaske flasker hele tiden, og billigere, for man skal ikke købe modermælkserstatning. Og **Emilie** supplerer med, at det er sundere for barnet – man forstår nok først, hvor svært valget er, når man står med sit eget barn i hænderne.

Jordemoderen:

“Risikoen for attack er højere de første 3-6 måneder efter fødslen, set i forhold til tiden inden graviditeten. Når man





ikke får medicin, vil ca. 28% få et attack, mens ca. 72% ikke får et attack. Desuden giver amning afbrydelser i nattesøvnen, hvilket til dels kan opvejes af middagslure, men nogen har alligevel svært ved natamningen. Udmalkninger og flasker om natten, som partneren kan give, fungerer for nogle, mens andre oplever en nedgang i mælkeproduktionen, hvis de ikke ammer om natten.

Selve evnen til at amme er ikke påvirket af MS, og de kvinder med MS, der vælger at amme, gør det faktisk længere end landsgennemsnittet. Man kan heller ikke smitte sit barn med MS ved at amme det. For barnet er der rigtig mange helbredsfordele at hente ved at få modernælk, bl.a. nedsat risiko for kolik og infektioner. For kvinden er der fordele i form af nemhed – modernælken er altid klar, skal aldrig varmes op og kræver ingen redskaber, der skal rengøres bagefter.

Valget kan være rigtig svært, da man skal vælge mellem: Hvad er det bedste for moderen – og hvad er det bedste for barnet? Instinktivt vælger de fleste mødre barnet frem for sig selv. Men hvis man vælger ikke at passe på sig selv, risikerer man at få et attack, hvilket bl.a. betyder ammestop og mindre nærhed mellem mor og barn i en periode. Omvendt får de fleste ingen attacks barselsperioden. I sundhedsvæsnets anbefalinger regner man i sandsynligheder. Hvis sandsynligheden for et attack i barselsperioden er høj – fx hvis man før graviditeten havde en meget aggressiv form af MS, eller hvis

man har haft sygdomsaktivitet i den sidste halvdel af graviditeten – anbefaler vi, at man fravælger amning og får medicin, da sandsynligheden for attacks barselsperioden må tænkes at være større. Hvis man ikke har disse risikofaktorer, må sandsynligheden for attacks barselsperioden tænkes at være mindre, men intet er dog sikkert.

Beslutningen er din. Hvis du finder valget svært, så snak med din neurolog og dit netværk, og se om det bringer dig nærmere en beslutning, der føles bedst for dig.”

Line spekulerer over, hvad der mon bliver af sexlivet, når man har MS og skal have børn. Hun og hendes kæreste har været sammen i 1 år, og de har allerede problemer på det område, for **Line** synes mere det stikker, når han rører visse steder, og det ødelægger let stemningen.

Michelle havde derimod problemer med lysten – det var derfor, det gik i stykker mellem hende og ekskæresten. **Sabine** må indrømme, at selvom det gik fint under hendes graviditeter, har sexlivet ligget meget langt nede på listen efter fødslen, med søvnmangel og baby, der krævede hende hele tiden.

Jordemoderen:

“Sexlivet er i forvejen påvirket hos nogle med MS – enten pga. føleforstyrrelser eller pga. trætheden. Graviditet kan forværre begge dele, og derfor oplever nogle, at der lægges en dæmper på sexlivet under graviditeten. Men det skal siges, at en del



oplever et øget libido under graviditeten, så med middagslure for at nedsætte træthedsfølelsen, kan mange have et normalt sexliv under graviditeten. Efter fødslen kommer man på arbejde, og her er det især vigtigt at få sine lure. Kvinder med MS såvel som raske kvinder kan føle sig for overvældede af forælderrollen i starten, og sexlivet kan ryge langt ned på prioritetslisten. Sørg for at få al den hjælp I kan fra venner og familie, og vær ligesom raske kvinder opmærksomme på at sexlivet ikke ryger ned i bunden af prioriteringslisten og bliver der. Øv jer i at lade opvasken stå i stedet, og spørg jer selv, om sexlivet fortjener en plads under rengøringen, eller om det skal prioriteres højere.”

Nyttige links og telefonnumre

Scleroseforeningen

www.scleroseforeningen.dk

Scleroseforeningen | Mosedalvej 15 | DK-2500 Valby

info@scleroseforeningen.dk | Telefon 36 46 36 46

Åbent: man-tor 8-16, fre 8-14

Sclerose.info

www.sclerose.info

Sclerose.info | Postboks 52 | DK-2920 Charlottenlund

admin@sclerose.info | Telefon 33 13 33 97

MSguiden

www.msguiden.dk

Du kan finde mere information om MS på
Scleroseforeningens hjemmeside:

www.scleroseforeningen.dk



Denne brochure henvender sig til dig, som overvejer en eventuel graviditet og ønsker mere information om MS og graviditet.

Denne brochure er ment som et supplement til den information, du får på MS-klinikken, hos neurologen og MS-sygeplejersken.

Vi håber, at brochuren kan være en støtte og hjælp

SANOFI GENZYME 

sanofi.dk | MSguiden.dk

