

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 120 (2022)
Heft: 8-9

Artikel: Schwangerschaft und Multiple Sklerose : 10 Antworten
Autor: Friedli, Christoph / Hammer, Helly / Kamber, Nicole
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1002382>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Schwangerschaft und Multiple Sklerose: 10 Antworten

Die Autoimmunkrankheit Multiple Sklerose trifft Menschen oft mitten im Leben und stellt Pläne wie eine Familiengründung infrage. Heute erlauben eine veränderte Datenlage und eine wachsende Anzahl an verlaufsmodifizierenden Medikamenten Betroffenen, ihren Kinderwunsch zu realisieren. Was es für Schwangerschaften bedeutet, wenn es immer mehr individuelle Therapien gibt, und worauf beim Stillen zu achten ist, beantworten die Ärzt*innen vom Inselspital Bern.

TEXT:
CHRISTOPH FRIEDLI, HELLY HAMMER, NICOLE KAMBER,
ANKE SALMEN

Ist eine Schwangerschaft bei Multipler Sklerose zu empfehlen?

Über die letzten Jahre haben sich die Therapiemöglichkeiten deutlich erweitert; heute steht eine wachsende Anzahl von sogenannten verlaufsmodifizierenden Medikamenten zur Behandlung von Multipler Sklerose (MS) zur Verfügung. Diese werden meist dauerhaft verabreicht, mit dem Ziel, weitere Schübe und Läsionen im zentralen Nervensystem zu verhindern. Der heutige Stand erlaubt individuelle Therapieentscheidungen, die den Betroffenen ein Leben mit möglichst geringen Einschränkungen und gemäss eigenen Wünschen und Vorstellungen gestatten sollen. Dazu gehört nicht zuletzt die Möglichkeit, den Wunsch nach Familienplanung und Kindern zu realisieren.

Wie wirkt sich die MS auf Fruchtbarkeit und Schwangerschaft aus?

Grundsätzlich gilt: Weder die Fertilität noch der Verlauf der Schwangerschaft werden durch die Multiple Sklerose (MS) beeinflusst. Während MS-Patientinnen früher von einer Schwangerschaft abgeraten wurde, gibt es mittlerweile gute Konzepte, Betroffene auch während der Schwangerschaft gut zu unterstützen. Das schliesst Behandlungen von Schüben, welche während der Schwangerschaft tendenziell seltener vorkommen, aber möglich sind, ein. Eine vorübergehende Erhöhung des Schubrisikos direkt nach der Geburt ist möglich, danach

pendelt sich die Schubrate jedoch wieder auf dem ursprünglichen Niveau ein. Die längerfristige MS-Prognose verändert sich durch die Schwangerschaft nicht (Hellwig, 2014, Pozzilli et al., 2015). MS-betroffene Männer müssen beim Kinderwunsch wenig beachten. Eine Ausnahme ist die Behandlung mit der Substanz Cladribin. Für die Dauer der Therapie und bis sechs Monate danach ist eine sichere Verhütung angezeigt.

Künstliche Befruchtung bei MS: Worauf ist zu achten?

Einzelne Fallberichte diskutieren ein erhöhtes Risiko von MS-Schüben. Vermutlich tritt es in Verbindung mit der Verabreichung des

Während Multiple-Sklerose-Patientinnen früher von einer Schwangerschaft abgeraten wurde, gibt es mittlerweile gute Konzepte, Betroffene auch während der Schwangerschaft gut zu unterstützen.

Gonadotropin-Releasing-Hormons auf. Das frühzeitige Gespräch des betroffenen Paares mit Fachpersonen und der interdisziplinäre Austausch zwischen involvierten Disziplinen sind deshalb wichtig. Optimalerweise sollte die Fruchtbarkeitsbehandlung erst erfolgen, wenn ein stabiler Krankheitsverlauf besteht (Hellwig, 2014).

Was gilt für Medikamente vor, in und nach der Schwangerschaft?

Gerade hier ist eine frühzeitige Beratung und Information von MS-betroffenen Paaren essenziell. Einerseits im Hinblick auf Erläuterungen, wie eine Schwangerschaft die MS beeinflussen kann, und andererseits, weil die Zahl der verfügbaren Medikamente – und damit möglicher Nebenwirkungen – stark zugenommen hat. Diese Fragen erzeugen eine grosse Unsicherheit, die sich auch in den Ergebnissen einer Erhebung mittels Fragebögen spiegelt, die ergab, dass MS-Betroffene im Durchschnitt seltener eine Familie planen (Bonavita S. et al., 2021). Die meisten Immuntherapien sind während der Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert – dies nicht zuletzt deshalb, weil es wenig Daten dazu gibt. Darüber hinaus existieren kaum internationale Richtlinien für diese Fragen. Eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung ist daher mit jeder Betroffenen gemeinsam zu diskutieren.



iStock

Was, wenn eine Immuntherapie angezeigt erscheint?

Gemäss den aktuellen Erkenntnissen und den daraus abgeleiteten Expertenmeinungen ist der Beginn einer Immuntherapie vorrangig zu behandeln; sie sollte aufgrund eines Schwangerschaftswunsches nicht verzögert werden. Denn die längerfristige Prognose der Erkrankung hängt klar von der frühzeitigen Aufnahme einer verlaufsmodifizierenden Therapie ab (Iaffaldano et al., 2018, Monalban X. et al., 2018). Das Thema Familienplanung sollte deshalb vorab und im Idealfall im Rahmen der Therapieentscheidung angesprochen werden. Falls der Kinderwunsch unter einer bestehenden Immuntherapie auftritt, sollte individuell darüber entschieden werden. Dabei sind Nutzen und Risiken abzuwägen und in einem interdisziplinären Team (Neurologie, Gynäkologie, Ärzteschaft, Hebammen) mit Einbeziehung der betroffenen Person über den Zeitpunkt eines allfällig notwendigen Absetzens oder die Umstellung beziehungsweise Fortsetzung der Therapie zu entscheiden. Einige Therapien, beispielsweise Interferone, können bis zum Eintritt in die Schwangerschaft fortgesetzt werden. Andere, zum Beispiel Teriflunomid oder die sogenannten S1P-Rezeptor-Modulatoren, sind deutlich vor Eintreten der Schwangerschaft zu stoppen. Für alle Medikamente muss eine Beratung durch die behandelnde Neurologin oder den Neurologen erfolgen.

Unter dem Gesichtspunkt einer individuellen Nutzen-Risiko-Analyse (für Mutter und ungeborenes Kind) ist die Schubtherapie gemäss aktuellen Expertenempfehlungen zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft möglich.



Multiple Sklerose

Bei der Multiplen Sklerose (MS) handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Üblicherweise treten erste Symptome in der zweiten bis dritten Lebensdekade auf. Dazu gehören Sehstörungen oder auch Gefühlsstörungen der Extremitäten. In den meisten Fällen beginnt die Erkrankung mit einem sogenannten «schubförmig remittierenden» Verlauf, um unbehandelt nach zehn bis fünfzehn Jahren in eine Phase der chronisch-schleichenden Verschlechterung – einen sogenannten «sekundär progredienten» Verlauf überzugehen. Eine auto-immune Ursache der Erkrankung wird angenommen, obwohl der exakte Entstehungsmechanismus weiterhin unklar ist.

Die MS ist die häufigste Erkrankung, die im jungen Erwachsenenalter zu einer nicht durch ein Trauma bedingten Behinderung führt (Dobson et al., 2019).

Was ist, wenn es in der Schwangerschaft zu einem Schub kommt?

Bei Schüben in der Schwangerschaft ist die Standard-Schub-Behandlung mit hochdosiertem intravenösem Methylprednisolon über wenige Tage möglich; die Gabe von Dexamethason hingegen sollte aufgrund höherer Plazenta-Gängigkeit vermieden werden (Coyle, 2016). Unter dem Gesichtspunkt einer individuellen Nutzen-Risiko-Analyse (für Mutter und ungeborenes Kind)

ist die Schubtherapie gemäss aktuellen Expertenempfehlungen zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft möglich. Auch eskalierende Massnahmen (bestimmte Blutwäscheverfahren) sind möglich, wenn erforderlich.

Empfiehl sich die natürliche Geburt für MS-Betroffene?

Hinsichtlich der Geburtsmethode und allfälliger Anästhesie-Verfahren wie der Durchführung einer epiduralen Anästhesie gibt es bei MS-Betroffenen keine Einschränkungen. In bestimmten Fällen, beispielsweise wo schwere körperliche Einschränkungen vorliegen, kann einem Kaiserschnitt der Vorzug gegeben werden.

Welche Empfehlungen gelten für die postpartale Überwachung?

Hinsichtlich der unmittelbar postpartalen Überwachung sind sowohl für die Patientin als auch für das Kind keine speziellen Aspekte zu beachten. Eine Ausnahme liegt vor, wo Immuntherapien während der Schwangerschaft weitergeführt werden. In diesem Fall wird die Geburt in einer Klinik empfohlen, in der eine interdisziplinäre Versorgung (Neurologie, Gynäkologie, Neonatologie) möglich ist.



WELEDA MUSTER- PAKETE FÜR HEBAMMEN.



Sie möchten Muster für
die Klinik? Sprechen Sie uns
dazu gerne an.

- ✓ Mit Kennenlerngrößen zur Weitergabe
an die von Ihnen begleiteten Familien
- ✓ Bestellung: hebammen@weleda.ch
Telefon: 061 705 22 22



*Im Bereich Baby-Pflegeprodukte ist WELEDA baby die Nr.1 bei Hebammenempfehlungen;
unabhängige Marktforschungsstudie 2021, Schweiz.

WELEDA

Seit 1921

baby

KOSTENLOS
BESTELLEN



WELEDA

Seit 1921

BABY



WELEDA

Seit 1921

CALENDULA



Hebammen-
empfehlung

Nr. 1*

Willkommensset von Weleda baby

Natürlich beschützt. Von Anfang an.

PFLEGEN - CREMEN - REINIGEN



SVH-anerkannte Fort- und Weiterbildungen bei **AcuMax Med AG**



Schwangerschaft bis Wochenbett:
Taping für Hebammen



Akupunktur Ausbildung für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit



Akupunktur und Moxibustion in der Schwangerschaft



Nahrung fürs Blut – Eisen, Vitamin B12, Folsäure und Co.



Osteopathische Behandlung der Diaphragmen für Hebammen



Faszien Distorsions Modell (Säuglinge/Kinder) Kurs



Chronische Erkrankungen in der Schwangerschaft – who cares?

6. Fachtagung Geburtshilfe

Donnerstag, 17. November 2022, 13.15–19.00 Uhr
Lindenhofspital Bern (und online)



Berner Fachhochschule



LINDENHOFGRUPPE

bfh.ch/fachtagung-geburtshilfe



Obstetrica

Jetzt auch als ePaper erhältlich.
Disponible désormais aussi en ligne.

Achten Sie auf dieses Icon.
Icône à repérer.



Weitere Informationen: www.hebamme.ch

Plus d'informations: www.sage-femme.ch

Was gilt für das Stillen und Abstillen?

Stillen ist möglich und grundsätzlich zu empfehlen. Im Vordergrund steht der Wunsch der Patientin: Falls sie stillen möchte und stillen kann, sollte ihr nicht davon abgeraten werden. Aktuelle Daten zeigen zudem, dass sich die postpartale Schubrate mit dem Stillen reduziert (Krysko et al., 2020). Allerdings gilt dies möglicherweise nur fürs ausschliessliche Stillen ohne ergänzende Säuglingsnahrung, wie eine retrospektive Analyse von 466 Schwangerschaften ergab (Langer-Gould et al., 2020).

In gewissen Fällen sind ein frühzeitiges Abstillen und die Wiederaufnahme der Immuntherapie anzustreben. Die Entscheidung zu einem solchen Schritt ist abhängig vom Krankheitsverlauf und erscheint insbesondere bei sogenannten hochaktiven MS-Verläufen opportun. Mit in die Entscheidung einbezogen werden sollten dabei Faktoren, die das Risiko eines postpartalen Schubs erhöhen. Dazu gehören: eine grundsätzlich höhere Schubrate vor Eintreten der Schwangerschaft; eine grössere vorbestehende Behinderung; eine fehlende vorgängige Immuntherapie; ein Schub in der aktuellen oder einer früheren Schwangerschaft (Vukusic, 2004, Coyle, 2016). Bei einigen MS-Therapien ist ausserdem ein gleichzeitiges Stillen möglich. Für die Frage, wie man

In gewissen Fällen sind ein frühzeitiges Abstillen und die Wiederaufnahme der Immuntherapie anzustreben. Die Entscheidung zu einem solchen Schritt ist abhängig vom Krankheitsverlauf und erscheint insbesondere bei sogenannten hochaktiven MS-Verläufen opportun.

hier entscheidet, ist letztlich das frühzeitige Gespräch mit verschiedenen betreuenden Fachpersonen sehr wertvoll.

Was weiss man über postpartale Depressionen bei MS-Betroffenen?

Tatsächlich weist einiges darauf hin, dass Depressionen nach der Geburt bei Eltern mit MS häufiger auftreten; Männer sind dabei möglicherweise etwas stärker betroffen als Frauen (Razaz, 2016). Da die Entwicklung

einer postpartalen Depression nicht nur die Lebensqualität der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten beeinflusst, sondern sich auch auf die Kindesentwicklung und die Adhärenz der MS-Therapie auswirken kann – Letzteres wiederum mit einem Einfluss auf die längerfristige Prognose –, ist das frühzeitige Erkennen einer postpartalen Depression gerade bei MS-Betroffenen hoch relevant. ☉

Literatur

Dobson, R., Giovannoni, G. (2018) Multiple sclerosis – a review. *Eur J Neurol* 2019;26:27–40. doi: 10.1111/ene.13819

Yadav, S.K., Mindur, J.E., Ito, K., Dhib-Jalbut, S. (2015) Advances in the immunopathogenesis of multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol* 2015;28:206–219. Doi: 10.1097/WCO.0000000000000205

Pozzilli C., Pugliatti, M. (2015) An overview of pregnancy-related issues in patients with multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2015;22:34–39. doi:10.1111/ene.12797

Bonavita, S., Lavorgna, L., Worton, H., Russell, S., Jack, D. (2021) Family Planning Decision Making in People With Multiple Sclerosis. *Front Neurol* 2021; 12:1–8. doi:10.3389/fneur.2021.620772

Hellwig, K. (2014) Pregnancy in Multiple Sclerosis. *Eur Neurol* 2014;72:39–42. doi: 10.1159/000367640

Rasmussen, P.V., Magyari, M., Moberg, J.Y., Bogelund, M., Jensen, U.F.A., Madsen, K.G. (2018) Patient awareness about family planning represents a major knowledge gap in multiple sclerosis. MS and related disorders 2018;129-134;24:129-134.

Iaffaldano, P., Lucisano, G., Butzkueven, H., Hillet, J., Hyde, R., Koch-Henrisken, N., Magyari, M., Pellegrini, F., Spelman, T., Sorensen, P.S, Vukusic, S., Trojano, M. (2018) The optimal time to start treatment in relapsing remitting multiple sclerosis patients: results from the Big Multiple Sclerosis Data Network in MULTIPLE SCLEROSIS JOURNAL, presented at ECTRIMS.

Montalban, X., et al. (2018) ECTRIMS/EAN Guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis. *Mult Scler*, 24:96–120. doi: 10.1177/1352458517751049

Coyle, P.K. (2016) Management of women with multiple sclerosis through pregnancy and after childbirth. *Ther Adv Neurol Disord* 2016;9:198–210. doi: 10.1177/1756285616631897

Krysko, K.M., Rutatangwa, A., Graves, J., Lazar, A., Waubant, E. (2020) Association Between Breastfeeding and Postpartum Multiple Sclerosis Relapses. *JAMA Neurol* 2020;77:327–338. doi:10.1001/jamaneurol.2019.4173

Langer-Gould, A., Smith, J.B., Albers, K.B., Xiang, A.H., Wu, J., Kerezi, E.H, McClearn, K., Gonzales, E.G, Leimpeter, A.D, Van Den Eeden, S.K. (2020) Pregnancy-related relapses and breastfeeding in a contemporary multiple sclerosis cohort. *Neurology* 2020;94. doi:10.1212/WNL.00000000000009374

Vukusic, S., Hutchinson, M., Hours, M., Moreau, T., Cortinovic-Tourniaire, P., Adeleine, P., Confavreux, C. (2014) Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain* 2004;127:1353–1360. doi: 10.1093/brain/awh152

Razaz, N., Tremlett, H., Marrie, R.A., Joseph, K.S. (2016) MSJ 2016;22:1830–1840. doi:10.1177/1352458516631037

AUTOR*INNEN

Dr. med. Christoph Friedli, Oberarzt.

Dr. med. Helly Hammer, Oberärztin.

Dr. med. Nicole Kamber, Spitalfachärztin.

PD Dr. med. Anke Salmen, Leitende Ärztin, alle Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital, Bern.