



RELIS

Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Triptaner under graviditet og amming

Spørsmål til RELIS

RELIS får ofte spørsmål om bruk av triptaner til kvinner med migrene som er gravide eller som ammer spedbarn.



Under graviditet og amming må det legges stor vekt på ikke-medikamentelle tiltak i behandlingen av migrene, som å unngå utløsende faktorer. Paracetamol er førstevalg ved anfallsbehandling (1,2).

Graviditet

Dersom behandling av den gravide med triptaner vurderes, bør dette skje på klar indikasjon. Fordelene ved behandlingen og mulig risiko for barnet bør vurderes nøye. Hovedvekten av dokumentasjonen på bruk av triptaner under graviditeten finnes for sumatriptan (Imigran), som bør være førstevalg hvis triptanbehandling anses som nødvendig (2, 3). Registerdata og prospektive studier med til sammen rundt 1400 eksponerte fostre, hovedsakelig i første trimester, har ikke gitt holdepunkter for økt risiko for misdannelser etter bruk av sumatriptan under graviditeten (2).

En nylig publisert studie har koblet data fra Den norske mor- og barn-undersøkelsen med Medisinsk fødselsregister (MFR). Forfatterne identifiserte 1535 gravide kvinner som hadde brukt triptaner under graviditeten, hvorav 1387 hadde brukt slike legemidler i første trimester og 1000 i andre og tredje trimester. Disse kvinnene ble sammenlignet med 372 migrenekontroller (kvinner som hadde brukt triptaner i løpet av de siste seks måneder før graviditeten, men ikke under) og 68 021 kvinner uten migrene. I første trimester brukte 47 prosent av triptanbrukerne sumatriptan. Det ble ikke funnet en sammenheng mellom triptanbruk i første trimester og alvorlige misdannelser. Triptanbruk i andre og tredje trimester var assosiert med en noe høyere risiko for atonisk uterus og blodtap over 500 ml ved fødsel (4).

En poster rapporterer data fra en studie med kobling av Reseptregistret med MFR. De identifiserte 1598 kvinner som hadde hentet ut minst ett triptan under svangerskapet. I likhet med andre studier fant de ikke en økt risiko for medfødte misdannelser etter triptanbruk i første trimester (5).

Amming

Triptaner bør brukes med forsiktighet under amming, og sumatriptan bør foretrekkes fremfor andre triptaner på grunn av mer klinisk erfaring (3, 6). Men det er begrenset med opplysninger om overgang til morsmelk for sumatriptan (6). Ulike kilder (2, 6, 7) henviser alle til en liten australsk studie med fem ammende kvinner (8). Resultatene fra

denne tyder på at sumatriptan passerer over i brystmelk. Kvinnene fikk seks mg sumatriptan subkutant, og gjennomsnittlig ratio mellom brystmelk og plasmakonsentrasjon hos kvinnene var 4,9:1. Dette tilsvarer en vektjustert barnedose på 3,5 prosent (95 prosent KI 0,3-6,7 prosent). Det ble ikke målt serumkonsentrasjon hos barna. Sumatriptan absorberes imidlertid dårlig fra gastrointestinaltraktus hos voksne, og den orale biotilgjengeligheten er kun ca. 14 prosent. Dersom dette er tilsvarende hos diebarn, tilsvarer det reduksjon av den beregnede vektjusterte barnedosen til kun ca. 0,5 prosent. Men barnets totale eksponering vil også avhenge av dets alder, metabolismekapasitet og ekskresjon. Sumatriptan har en kort halveringstid hos voksne, ca. to timer. Hvis man ønsker å redusere risikoen for påvirkning av diebarnet til det minimale, kan ammingen utsettes til seks til åtte timer etter administrering av sumatriptan (3).

For de fleste andre triptaner enn sumatriptan mangler dokumentasjon på overgang til brystmelk. For eletriptan ble det funnet at substansen passerer over i brystmelk i liten grad (6). Basert på data fra åtte kvinner ble det funnet en gjennomsnittlig ratio mellom brystmelk og plasmakonsentrasjon hos kvinnene på 1:4 (9). Men kliniske data for barna mangler. Eletriptan har imidlertid en aktiv metabolitt, og overgang i brystmelk for denne er ikke kjent.

Konklusjon

Paracetamol er førstevalg ved anfallsbehandling hos gravide og kvinner som ammer. Dersom triptaner vurderes, bør dette skje på klar indikasjon, og sumatriptan bør foretrekkes pga. mest dokumentasjon og klinisk erfaring. Tilgjengelig data tyder ikke på økt risiko for misdannelser ved bruk av sumatriptan/triptaner i svangerskapet. Det er begrenset dokumentasjon på bruk av triptaner i ammeperioden. En liten studie indikerer at sumatriptan går over i morsmelk, men risikoen for diebarn anses som liten.

Referanser

1. Hagen K, Stovner LJ. Migrænebehandling ved graviditet og amming. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 3107-9.
2. Schaefer C, editor. Drugs during pregnancy and lactation 2007; 2nd ed.: 42-4, 631-2.
3. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (18. mai 2010).
4. Nezvalová-Henriksen K, Spigset O et al. Triptan exposure during pregnancy and the risk of major congenital malformations and adverse pregnancy outcomes: Results from the norwegian mother and child cohort study. Headache 2010; 50(4): 563-75.
5. Hallaraune L, Nezvalová-Henriksen K et al. Sikkerhet ved bruk av triptaner i svangerskapet. Poster, Farmakologisk vintermøte, Norsk Selskap for Farmakologi og Toksikologi, Beito januar 2010.



ILLUSTRASJONSFOTO: CLAUDIO DIVIZIA/MARIA GERASYMENKO

6. Avdelingen for klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset. Läkemedel och amning. Medel vid migrän. http://www.janusinfo.se/imcms/servlet/GetDoc?meta_id=3652 (18. mai 2010).
7. Hale TW, editor. Medications and mothers' milk: A manual of lactational pharmacology 2008; 13th ed.: 897-8.
8. Wojnar-Horton RE, Hackett LP et al. Distribution and excretion of sumatriptan in human milk. Br J Clin Pharmacol 1996; 41(3): 217-21.
9. Lucas S. Medication use in the treatment of migraine during pregnancy and lactation. Curr Pain Headache Rep 2009; 13(5): 392-8.

Randi Myhr

Cand. Pharm., RELIS Øst, Oslo universitetssykehus Ullevål

Jeanette Schultz Johansen

Cand. Pharm., RELIS Sør, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

Vigdis Solhaug

Cand. Pharm., RELIS Øst, Oslo universitetssykehus Ullevål