



UPPDATERING OM CORONAVIRUSINFEKTIONEN COVID-19 OCH RISKER VID MS

2020-06-10

Det finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att ge detaljerade uppgifter om specifika risker vid MS eller den sjukdomsmodifierande behandlingen. Svenska MS Sällskapets läkemedelsutskott hänvisar till de officiella informationsorganen för allmän information om SARS-CoV-2 virus och COVID-19 infektionen. Svenska MS Sällskapet lämnar nedan rekommendationer gällande riskgrupper, immunhämmande MS behandling och smittorisker

- WHO (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>)
- Folkhälsmyndigheten (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/coronavirus/>) samt
- Det regionala smittskyddet.
- Vid frågor gällande resor hänvisas till UDs reseinformation (<https://www.regeringen.se/uds-reseinformation/>)

Riskgrupper

Det finns inget stöd för att personer med MS lättare smittas av SARS-CoV-2 eller att MS utgör ökad risk för svårare COVID-19 infektion. Socialstyrelsen har 2020-04-17, (Dnr 5.7-13632/2020) inkluderat personer med MS bland riskgrupperna men avser då individer med svårare funktionsnedsättning *till följd av MS*, fr.a. sådan som påverkar andningsfunktionen.

Samtliga sjukdomsmodifierande behandlingar påverkar immunsystemet fast i olika omfattning och på olika sätt. Det saknas för närvarande underlag för att anse att något MS-läkemedel utgör en betydande riskfaktor för ett svårare förlopp vid COVID-19, även om man får beakta att kunskapsläget ännu är ofullständigt. Däremot bedömer vi att ökad risk för ett svårare förlopp föreligger vid MS och

- Högre ålder (>70 år). Ökande risk med stigande ålder
- Neurologisk sjukdom med svår funktionsförlust fr.a. sådan som påverkar andningsfunktionen
- Aktiv cancersjukdom
- Hjärt-kärlsjukdom
- Lungsjukdom
- Diabetes mellitus
- Fetma (BMI>40)
- Gravida (sista trimestern)
- Annan allvarlig kronisk somatisk sjukdom

SARS-CoV-2 kan direkt och indirekt ge neurologiska symtom. I likhet med SARS och MERS kan SARS-CoV-2 direkt påverka nervsystemet (neurotropt) och ge upphov till hjärninflammation (encefalit), men även inducera autoimmuna reaktioner som ger upphov till inflammation i det centrala och perifera nervsystemen (ADEM, respektive GBS).

Uppdatering om MS behandlingar och skattade risker för allvarligare COVID-19 infektion.

Svenska MS Sällskapet följer utvecklingen noga avseende COVID-19 och MS. Antalet publicerade fall och observationsrapporter ökar avseende COVID-19 infektion associerad till sjukdomsmodifierande MS behandling. Fortfarande grundas emellertid dessa rekommendationer på begränsad vetenskaplig dokumentation och klinisk erfarenhet. Vissa överväganden utgår från behandlingarnas verkningsmekanismer och dess påverkan på immunförsvaret.

Trolig avsaknad av riskökning

- Sannolikt föreligger ingen ökad risk vid behandling med: interferon beta (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Plegridy), glatirameracetat (Copaxone) och teriflunomid (Aubagio). Interferon beta har i en kombinationsstudie med andra läkemedel visats ha en möjligt skyddande effekt.
- Sannolikt föreligger ingen ökad risk 2 år eller mer efter autolog blodstamcellstransplantation (AH SCT) eller 2 år efter sista behandlingsskuren med alemtuzumab (Lemtrada) och kladribin (Mavenclad), förutsatt att antal lymfocyter (B- och T-celler) normaliserats. Om inget oväntat tillstötter tillhör de som erhållit immunrekonstitutionsterapi därefter inte längre en riskgrupp och allmänna rekommendationer gäller.

Möjlig låg riskökning vid behandling med

- Dimetylfumarat (Tecfidera)
- Natalizumab (Tysabri)
- Fingolimod (Gilenya)
- Kladribin (Mavenclad)

Möjlig något högre risk

- Anti-CD20 behandling med rituximab (Mabthera, Ritemvia, Rixathon, Truxima) och ocrelizumab (Ocrevus)

Troligen högre risk

- Nyligen påbörjad eller förnyad behandling med alemtuzumab (Lemtrada) samt AHSCT. Om behandling givits bör kontakter utanför hemmet undvikas under 3 månader.

Skovbehandling med högdos steroider

- Behovet av steroidbehandling får värderas utifrån skovets svårighetsgrad och rådande riskfaktorer.

Åtgärder för att minska risken

- Avvakta initiering av alemtuzumab och AHSCT, fördröj ny kur av alemtuzumab tills risken för COVID-19 infektionen minskat.
- Fördröjning av nästa infusion av anti-CD20-behandling kan övervägas hos personer med stabil sjukdom då rituximab eller ocrelizumab oftast ger betydligt längre behandlingseffekt än 6 månader efter sista infusion. Riskbedömningen för anti-CD20 baseras dock på ett lågt antal rapporterade fall med svårt eller långdraget förlopp av COVID-19.

Undvik att avbryta behandling

Alla behandlingar utom immunrekonstitutionsterapierna (kladribin, alemtuzumab, AHSCT) samt rituximab och ocrelizumab har enbart sjukdomshämmande effekt under pågående behandling. Den immunhämmande effekten kan dock kvarstå 1-2 månader efter avbruten terapi även med dessa läkemedel. Kortvariga avbrott i behandlingen ger ingen nämnvärd effekt på COVID-19 risken. Vid avbruten behandling med natalizumab (Tysabri) och till viss del även fingolimod (Gilenya) finns risk att återfå sjukdomsaktivitet inom

2-3 månader och ibland som betydligt ökad sjukdomsaktivitet, s.k. reboundfenomen. Bibehållen sjukdomsmodifierande behandling rekommenderas med ökad uppmärksamhet att undvika smitta.

Undvik smitta!

Oavsett om man tillhör riskgrupperna eller inte bör man undvika smitta. Följ folkhälsomyndighetens och UD:s rekommendationer avseende resor. Har man infektionssymtom eller vid misstänkt exponering för [SARS-CoV-2](#) smitta bör man undvika att besöka

- MS mottagning (eller andra sjukvårdsinrättningar)
- Mottagningar där infusionsbehandlingar ges med natalizumab (Tysabri), rituximab (Mabthera eller biosimilarer) och alemtuzumab (Lemtrada)

Vid ytterligare frågor gällande risker vid COVID-19 infektion och MS eller immunhämmande MS behandling kontakta 1177, eller kontakta närmsta MS mottagning. Vid allmänna frågor om coronavirus infektionen kan man ringa det nationella informationsnumret 11313

2020-06-10

Läkemedelsutskottet

Svenska MS Sällskapet