
Valg av analgetikum til ammende kvinner

LEGEMIDLER I PRAKSIS

OLAV SPIGSET

Email: olav.spigset@relis.rit.no

Avdeling for legemidler

Regionsykehuset i Trondheim

7006 Trondheim

Tilgjengelig dokumentasjon viser at det å amme har klare positive fysiologiske og psykologiske effekter både hos moren og hos barnet. Det er derfor viktig at en mulig risiko ved overgang av legemidler til barnet veies mot nytten av å amme, slik at barnet ikke på et sviktende grunnlag frarøves muligheten for å få morsmelk. Denne artikkelen gir en oppdatert oversikt over hvilke analgetika som bør foretrekkes for å minimalisere legemiddelpåvirkningen hos barnet.

Hovedbudskap

- Paracetamol er sikkert å bruke for ammende kvinner
 - Av NSAID-preparater bør ibuprofen, diklofenak eller naproksen foretrekkes
 - Kodein kan brukes sporadisk uten at det foreligger noen risiko for barnet
-

Eksisterende informasjon om analgetika og amming er for en stor del mangelfull (1 – 3). For en rekke substanser er overgangen i morsmelk utelukkende studert ved inntak av enkeltdoser og hos et fåtall individer. Bare unntaksvis er mulige negative effekter på det ammede barnet undersøkt på en systematisk måte (tab 1). Mangelen på konklusive data medfører at man ofte vil finne ulike anbefalinger. For noen analgetika er det likevel mulig å gi entydige anbefalinger, mens det for andre vil være nødvendig å gjøre en individuell bedømmelse der også morens dose, behandlingstiden og barnets alder må tas med i betraktningen.

Tabell

Tabell 1 Klassifisering av analgetika etter hvorvidt de er sikre å bruke hos ammende kvinner			
	Sikkert	Sikkert ved korttidsbehandling	Sikkert ved bruk av enkeltdoser
<i>Lette analgetika</i>			
Paracetamol	x		
Acetylsalisylsyre		x	
Fenazon			x
<i>Ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAID)</i>			
Ibuprofen	x		
Diklofenak	x		
Naproksen	x		
Øvrige NSAID		x	
<i>Opioidanalgetika</i>			
Kodein		x	
Dekstropoksyfen			x
Buprenorfin			x
Morfin			x
Petidin			x
Ketobemidon			x ²

Paracetamol

Hvis moren tar den maksimalt anbefalte døgndosen på 4 g, vil dosen til et barn som bare får morsmelk, utgjøre mindre enn 5 % av den anbefalte terapeutiske døgndosen til spedbarn (1). Siden spedbarn i tillegg kan metabolisere paracetamol like effektivt som voksne, vil man ikke forvente noen negative effekter hos barnet. I litteraturen er det ikke beskrevet noen doseavhengige bivirkninger hos barn som er blitt eksponert for paracetamol via morsmelk. Paracetamol kan derfor ansees å være sikkert å bruke for ammende kvinner (1 – 3).

Acetylsalisylsyre

Overgangen av acetylsalisylsyre i morsmelk er langt dårligere studert enn for paracetamol (1, 3). Tilgjengelige data viser at den relative dosen til barnet er høyere enn for paracetamol, og det finnes noen enkeltstående rapporter der mulige ugunstige effekter hos barnet er beskrevet. Sannsynligvis bør man derfor i utgangspunktet heller

bruke paracetamol eller ibuprofen (se nedenfor). Bruk av acetylsalisylsyre bør likevel kunne tillates hvis det dreier seg om korttidsbehandling med døgndoser under 2 – 2,5 g, særlig hvis barnet er eldre enn to måneder (4, 5).

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler

Lite er kjent når det gjelder utskilling av ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID-preparater) i morsmelk (1 – 4). Tilgjengelige data tyder på at de fleste NSAID-preparater skilles ut i liten eller svært liten grad og at de ulike NSAID-preparatene ikke er særlig forskjellige i dette henseende. For å unngå akkumulering hos barnet kan det være fornuftig å foretrekke et preparat med relativt kort halveringstid, slik som ibuprofen eller diklofenak, i alle fall hvis det dreier seg om langtidsbehandling (1). De fleste anser dessuten at også naproksen er sikkert å bruke (1 – 3), selv om data ved langtidsbehandling med høye doser mangler. Bruk av andre NSAID-preparater bør sannsynligvis begrenses til korttidsbehandling.

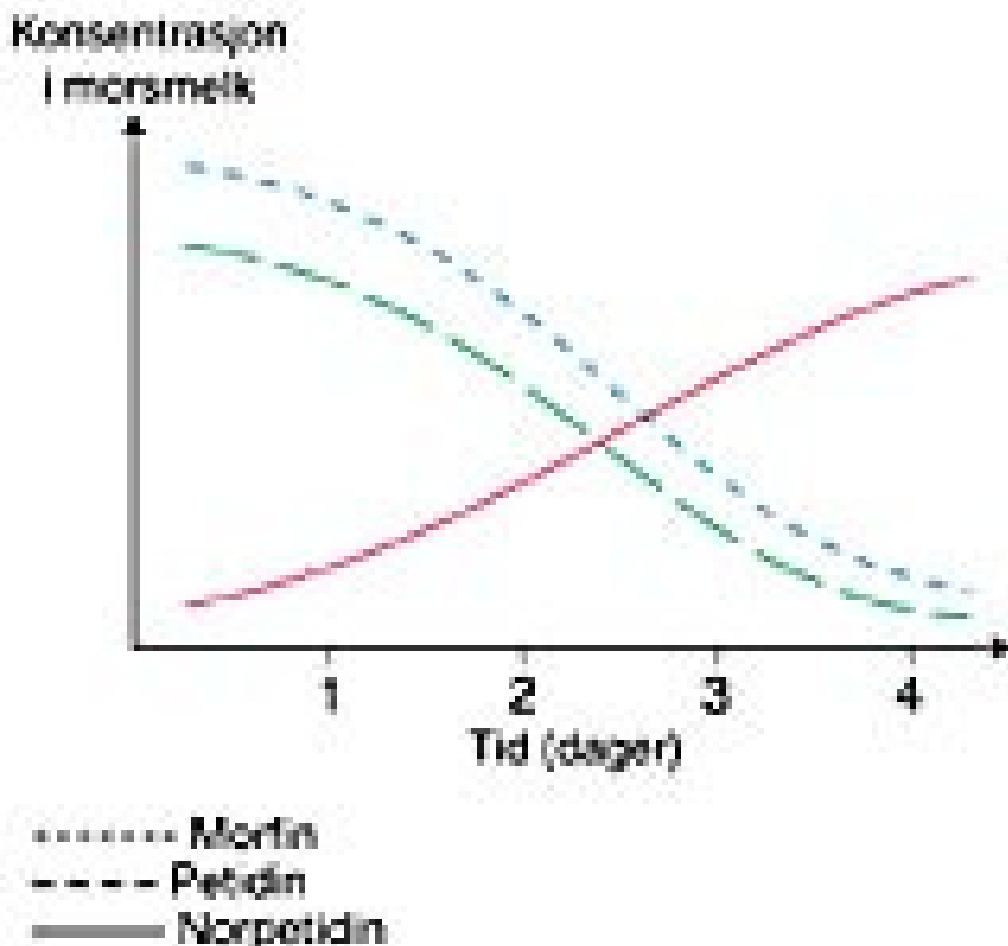
Kodein og dekstropoksyfen

Kodein utskilles i morsmelk i større grad enn lette analgetika. Kodein metaboliseres til morfin, som høyst sannsynlig står for hoveddelen av den analgetiske effekten. De morfinkonsentrasjonene som er målt hos det ammede barnet etter at moren er blitt behandlet med kodein, har vært 8 – 18 % av de konsentrasjonene som oppnås når man gir den antatt minste effektive analgetiske morfindosen til spedbarn (6). Man kan dermed anse sporadisk bruk av kodein for å være sikkert. Ved bruk av kodein utover en totaldose på 240 mg (tilsvarer åtte tabletter Paralgin forte eller Pinex Forte) foreligger det imidlertid bare ytterst sparsomme og inkonklusive data. Hvis det er indisert med bruk av kodein over lengre perioder, bør derfor moren observere barnet med tanke på symptomer som sedasjon og nedsatt sugesevne.

Tilgjengelige data viser at dekstropoksyfen neppe vil gi negative effekter på barnet ved inntak av enkeltdoser (1). Ved gjentatt dosering foreligger det ingen informasjon, men man kan på teoretisk grunnlag frykte at den toksiske metabolitten norpropoksyfen vil akkumuleres hos barnet. En totalvurdering tilsier derfor at kodein er å foretrekke fremfor dekstropoksyfen.

Øvrige opioidanalgetika

Det finnes to studier der man systematisk har sammenliknet mulige negative effekter på det ammede barnet når mødrene har fått enten morfin eller petidin etter sectio (7, 8). Disse studiene viser at når mødrene fikk petidin, fikk barna nedsatt orienteringsevne og reagerte langsommere enn barna i morfingruppen. Den viktigste årsaken er sannsynligvis at petidinmetabolitten norpetidin akkumuleres hos barnet (fig 1). Hvis det er indikasjon for å gi sterke opioidanalgetika, bør derfor morfin foretrekkes fremfor petidin.



Figur 1 Skjematisk fremstilling av konsentrasjonen av morfin samt petidin og den aktive petidinmetabolitten norpetidin i morsmelk etter fire dagers behandling med morfin eller petidin i gradvis reduserte doser, slik som situasjonen kan være postoperativt. Mens konsentrasjonen av morfin og petidin synker, akkumuleres norpetidin i melken

Overgang av ketobemidon i morsmelk er mangelfullt undersøkt. Data fra den eneste publiserte studien (9) tilsier at den dosen som barnet får i seg etter enkeltdoser til moren, er så lav at man ikke vil forvente noen negative effekter. Data etter langtidsbehandling foreligger ikke. Det synes imidlertid rimelig å foretrekke morfin også fremfor ketobemidon til ammende mødre fordi morfin er langt bedre undersøkt.

Ved langtidsbehandling bør man, selv om man velger morfin, på et individuelt grunnlag vurdere om moren skal fortsette å amme barnet. I en slik vurdering må blant annet morens dose og barnets alder tas med i betraktningen. Risikoen for ugunstige effekter hos barnet vil sannsynligvis være lavere hvis moren også er blitt behandlet under graviditeten, fordi barnet da vil ha utviklet toleranse. På teoretisk grunnlag kan man ikke utelukke at fremfor alt den aktive morfinmetabolitten morfin-6-glukuronid kan akkumuleres hos barnet og gi bivirkninger. Hvis man etter en totalvurdering velger å la moren amme sitt barn, bør barnet derfor observeres nøye med tanke på symptomer som sedasjon og nedsatt sugerevne.

– fakta –

HVORDAN BEREGNES RELATIV DOSE?

Når man skal sammenlikne den dosen som barnet eksponeres for via morsmelk av ulike legemidler, brukes ofte begrepet relativ dose eller relativ vektjustert dose. Dette er den dosen som barnet får i seg per kilo kroppsvekt i forhold til den dosen som moren inntar per kilo kroppsvekt. Hvis legemiddelkonsentrasjonen i melken er kjent, kan dosen til et barn som bare får morsmelk, beregnes ut fra at man regner med at barnet inntar i gjennomsnitt 150 ml melk per kilo kroppsvekt per døgn.

Eksempel : Morens døgndose av paracetamol er 4 000 mg. Hun veier 60 kg. Morens dose per kilo kroppsvekt blir dermed 67 mg eller 67 000 µg. Konsentrasjonen som måles i melken er 5 µg/ml. Barnets dose per kg kroppsvekt blir 5 µg/ml · 150 ml/døgn = 750 µg/døgn. Dette utgjør 1,1 % av morens dose per kilo kroppsvekt.

Spalten er redigert av Olav Spigset i samarbeid med Avdeling for legemidler ved Regionsykehuset i Trondheim og de øvrige klinisk farmakologiske miljøene i Norge

LITTERATUR

1. Spigset O, Hägg S. Analgesics and breast-feeding. *Paediatric Drugs* 2000; 2: 223–38.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994; 93: 137 – 50.
3. Bennett PN. *Drugs and human lactation*. 2. utg. Amsterdam: Elsevier, 1996.
4. Schoenfeld A, Bar Y, Merlob P, Ovadia Y. NSAIDs: maternal and fetal considerations. *Am J Reprod Immun* 1992; 28: 141 – 7.
5. Berlin CM. Drugs and chemicals: exposure of the nursing mother. *Pediatr Clin N Am* 1989; 36: 1089 – 97.
6. Meny RG, Naumburg EC, Alger LS, Brill-Miller JL, Brown S. Codeine and the breastfed neonate. *J Hum Lact* 1993; 9: 237 – 40.
7. Wittels B, Scott DT, Sinatra RS. Exogenous opioids in human breast milk and acute neonatal neurobehavior: a preliminary study. *Anesthesiology* 1990; 73: 864 – 9.
8. Wittels B, Glosten B, Faure EAM, Moawad AH, Ismail M, Hibbard J et al. Postcesarean analgesia with both epidural morphine and intravenous patient-controlled analgesia: neurobehavioral outcomes among nursing neonates. *Anesth Analg* 1997; 85: 600 – 6.
9. Gerdin E, Bondesson U, Hartvig P. Excretion of ketobemidone in human breast milk. *J Perinat Med* 1990; 9: 336 – 7.

Publisert: 10. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.