

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A TĚHOTENSTVÍ

Doporučený postup

České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS)
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)

Pracovní skupina: Hanulíková P., Vlk R.

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekce ČGPS ČLS JEP

Oponenti: výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP
výbor ČGPS ČLS JEP

Schváleno výborem ČGPS 5. 12. 2017

Čes. Gynek., 2018, 83, č. 2, s. 158–159

ÚVOD

Roztroušená skleróza (RS) je chronické autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy, které postihuje nejčastěji ženy v reprodukčním věku.

RS není typicky dědičným onemocněním, etiologie je multifaktoriální. V průběhu těhotenství dochází k poklesu aktivity choroby, naopak v prvních třech měsících po porodu lze přechodně pozorovat vyšší výskyt akutních atak onemocnění. Tento jev je vysvětlován výrazným imunomodulačním efektem cirkulujících hormonů (estrogenů) a celkovou změnou mateřské imunitní odpovědi v těhotenství. Samotné těhotenství tedy prognózu RS nezhoršuje.

PLÁNOVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ

Pacientka s RS plánující těhotenství má vždy prodělat individuální konzultaci s ošetřujícím neurologem i gynekologem. Těhotenství má být plánováno do období klinické stabilizace onemocnění. K plánovanému početí je možné využít hormonální antikoncepci. Většina preparátů je pro pacientky s RS bezpečná. Pozornost vyžaduje pouze kombinovaná hormonální antikoncepce u imobilních pacientek vzhledem k riziku TEN.

Onemocnění samotné nemá na fertilitu vliv. V prekoncepčním období neurolog upravuje léčbu. Nejčastěji užívané preparáty (interferony, gla-

tiramer acetát a z biologické léčby natalizumab) lze pro jejich bezpečnost (nezvyšují riziko abortů, mrtvorozenosti či fetálních malformací) ponechat až do stanovení diagnózy těhotenství.

PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ

Onemocnění RS nemá zásadní negativní vliv na průběh a výsledek těhotenství. Ve srovnání s běžnou populací těhotných žen není zvýšené riziko těhotenských komplikací (jako je gestační diabetes, gestační hypertenze, preeklampsie, FGR). Případné časné ani pozdní těhotenské komplikace nebývají v přímé souvislosti se základním onemocněním. Neonatální výsledky jsou srovnatelné s běžnou populací. Těhotné ženy jsou sledovány podle doporučení ČGPS o zásadách dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. Vedle standardních krevních testů a kombinovaného screeningu v I. trimestru je doporučeno stanovení hladin hormonů štítné žlázy (TSH, volný T4, anti-TPO), optimálně již v 6. týdnu těhotenství. V případě abnormálních výsledků je těhotná odeslána k nastavení léčby k endokrinologovi.

LÉČBA V TĚHOTENSTVÍ

Léčbu základního onemocnění řídí i v těhotenství neurolog. Většina pacientek je v graviditě bez léčby, resp. užívá jen vitaminovou podporu. Kromě

kyseliny listové v dávce 0,4–1,0 g/den je doporučeno podávat i vitamin D v dávce 1000–2000 IU /den (gtt. p.o.).

V případě akutní ataky v těhotenství je metodou volby podání methylprednisolonu i.v. v dávce 125–250 mg/den, v celkové dávce 1500–2000 mg. K transplacentárnímu přestupu léčiva dochází v minimální dávce (asi 1/10 celkové dávky). Podání kortikosteroidů v prvním trimestru může zvyšovat riziko výskytu obličejových rozštěpů.

POROD

Porod pacientek s RS může být veden bez zvláštních opatření, podle rozhodnutí porodníka. U stabilizovaných těhotných není onemocnění RS indikací k provedení císařského řezu. Podle provedených studií je u pacientek lehce zvýšené riziko protrahované druhé doby porodní a nutnosti vaginální extrakční operace. Během porodu

lze podat běžně užívané léky (např. uterotonika, spazmolytika, tokolytika, antibiotika). Použití epidurální analgezie u porodu či různého typu svodné (epidurální, spinální) anestezie u císařského řezu není spojeno se zvýšením aktivity choroby.

ŠESTINEDĚLÍ

Rané šestinedělí probíhá u pacientek s RS zpravidla bez zvláštností. Délka hospitalizace se neliší od běžné populace. Kojení je vhodné a bezpečné pro většinu pacientek. Vhodnost kojení a jeho délku posuzuje neurolog podle stabilizace onemocnění před těhotenstvím, výskytu atak v těhotenství, podle aktuálního klinického stavu a MRI po porodu. Po dobu kojení jsou pacientky bez léčby, zvažít lze podání imunoglobulinů (IVIG). Po ukončení kojení (nejčastěji do půl roku) přecházejí ženy na svou dlouhodobou léčbu.