

Roztrúsená skleróza a tehotenstvo – spolu môžeme

Marianna Vitková

Sclerosis multiplex (SM) je chronické ochorenie postihujúce mozgu a miechu. Prvé príznaky ochorenia sa najčastejšie objavujú medzi 20.–40. rokom života, teda v období, keď si väčšina párov plánuje založenie rodiny. Ak sa v tomto čase u doteraz zdravých ľudí potvrdí diagnóza roztrúsenej sklerózy, mnohých z nich trápi, či budú môcť mať zdravé dieťa, resp. aký dopad by mohlo mať tehotenstvo na priebeh ich ochorenia.

V súčasnosti vieme, že väčšina žien s roztrúsenou sklerózou môže otehotnieť a porodiť zdravé dieťa. Aj napriek tomu, že približne u 15 % žien sa môže po pôrode objaviť atak ochorenia, správne naplánované tehotenstvo z dlhodobého hľadiska neurýchľuje invalidizáciu pacientok. Najideálnejšie je plánovať graviditu v období klinickej a rádiologickej stability ochorenia. To znamená, že pacientka by za posledných 12 mesiacov nemala mať atak ochorenia či nové lézie na magnetickej rezonancii mozgu/ miechy. Tiež sa zistilo, že ženy, ktoré otehotneli v tzv. „nestabilnom“ období, mali vyššie riziko rozvoja popôrodného ataku. Ďalším dôvodom, prečo by malo byť tehotenstvo plánované, je úprava liečby. Niektoré lieky treba vysadiť minimálne 2–3 mesiace pred plánovanou graviditou, iné v čase jej zistenia. Najúčinnějšíou prevenciou neželaného tehotenstva je antikoncepcia. Pacientky s roztrúsenou sklerózou môžu využívať akýkoľvek druh antikoncepcie. O najvhodnejšej forme by mal rozhodnúť gynekológ. Doteraz neboli publikované žiadne štúdie, ktoré by potvrdili vzájomné ovplyvňovanie účinku medzi hormonálnou antikoncepciou a liečbou roztrúsenej sklerózy.

Podobne ako v bežnej populácii, aj medzi pacientmi so SM sa môžu objaviť neplodné páry, resp. páry, ktoré majú problém s počatím alebo donosením dieťaťa. Podľa dostupných vedeckých údajov sa zdá, že SM rovnako ako jej liečba, s najväčšou pravdepodobnosťou nemajú významný priamy vplyv na plodnosť. Ak by sa tento problém objavil, ženy s roztrúsenou sklerózou môžu rovnako ako ostatné ženy využiť metódy asistovanej reprodukcie. Tu však treba pripomenúť, že v niektorých prípadoch, keď po „umelom oplodnení“ nedôjde k úspešnému otehotneniu, môže sa choroba aktivovať a dôjsť k ataku.

Gravidita u väčšiny žien prebieha bez komplikácií. Nebol potvrdený zvýšený výskyt potratov či tehotenských komplikácií. Počas tehotenstva je ochorenia zvyčajne stabilizované, nakoľko imunitný systém matky sa adaptuje na to, aby dokázal

tolerovať v maternici vyvíjajúci sa plod, ktorý nesie časť otcovských, t.j. cudzích antigénov. Vývoj plodu prebieha rovnako ako u zdravých žien. Deti sa rodia donosené s normálnou pôrodnou hmotnosťou, nebol dokázaný vyšší výskyt vrodených vývojových chýb v porovnaní s deťmi zdravých matiek. Pravdepodobnosť rozvoja SM u dieťaťa je nízka. Vo všeobecnosti sa šanca na vznik SM u zdravého jedinca odhaduje na 0,2 %. U detí, ktorých jeden z rodičov trpí týmto ochorením, je toto riziko 2 %, ak majú diagnózu obaja rodičia, zvyšuje sa na 15–20 %. Inak povedané, ak jeden z rodičov trpí roztrúsenou sklerózou, je 98 % šanca, že dieťa toto ochorenie mať nebude.

Pacientky so SM rodia väčšinou prirodzenou cestou. Pôrodník môže rozhodnúť aj o vykonaní cisárskeho rezu, no v tomto prípade zvyčajne nebýva dôvodom diagnóza rodičky, ale iné okolnosti pôrodu. Celková či epidurálna anestézia počas pôrodu nie je kontraindikovaná.

Je všeobecne známe, že aktivita ochorenia sa po pôrode môže vrátiť, a asi u 15 % žien sa rozvinie popôrodný atak. V minulosti sa aktivácia ochorenia dávala do súvislosti s dojčením. V súčasnosti vieme, že samotné dojčenie nie je príčinou aktivácie ochorenia, je však prekážkou skorého návratu k liečbe. Najnovšie štúdie dokonca ukazujú, že „exkluzívne“ dojčenie by mohlo mať pre niektoré pacientky mierne ochranný efekt. Za „exkluzívne“ dojčenie sa považuje výlučné dojčenie, keď je dieťa na „požiadanie“ kŕmené len materským mliekom, bez akýchkoľvek príkrmov. Táto možnosť by mohla byť vhodná pre ženy s nízkou alebo strednou aktivitou ochorenia pred otehotnením za súčasného kontrolovania klinického stavu aj MR mozgu/ miechy. Ak by sa zachytila aktivita ochorenia, je potrebné dojčenie ukončiť a čím skôr zahájiť liečbu. V prípade žien, ktoré mali pred otehotnením vysokú aktivitu choroby, je situácia o niečo zložitejšia. Riziko aktivácie ochorenia je v ich prípade vyššie, a preto sa odporúča zahájiť biologickú liečbu čo najskôr po pôrode. Nakoľko nemáme k dispozícii lieky, ktorý by mohli užívať dojčiace matky, musí byť laktácia u týchto pacientok zastavená. Jednoznačné a presné odporúčania – ako dlho a či vôbec začať dojčiť – neexistujú. Rozhodnutie samozrejme závisí od samotnej matky, avšak malo by byť vždy prekonzultované s lekárom, ktorý pozná, aký je aktuálny stav pacientky, resp. aká bola aktivita jej choroby pred pôrodom.