

Multipla skleroza in nosečnost

doc. dr. Alenka Horvat Ledinek, dr. med.

Uvod

Multipla skleroza (MS) je kronična, avtoimunska, vnetna, demielinizacijska in nevrodegenerativna bolezen osrednjega živčevja (OŽ), neznane etiologije, za katero najpogosteje obolevajo ljudje med dvajsetim in štiridesetim letom starosti.^{1,2} Dejstvo je, da ženske zbolijo pogosteje kot moški.^{1,2} Natančen vzrok bolezni ni znan. Na nastanek bolezni vplivajo številni genetski in negenetski dejavniki.² Vlogo genetske komponente pri nastanku MS najlažje prikažemo s povečanjem pojavnosti MS med sorodniki.² V družinah z MS je obolenost za MS deset- do petdesetkrat večja v primerjavi s preostalim prebivalstvom.² **Za MS zbolita oba enojajčna dvojčka v 20–30 %, dvojajčna pa le v približno 2 %.**² Med negenetskimi dejavniki je potrebno omeniti zemljepisno širino, preseljevanje, starost, raso in okužbe z virusi.² Natančna patogeneza bolezni ni znana. Osnovni mehanizem nastanka bolezni je demielinizacija aksona v OŽ.² Ključno vlogo v imunopatogenezi MS predstavlja aktivacija avtoaktivnih T-limfocitov.² Sprožilni dejavnik za aktivacijo ni poznan.² Potek bolezni je lahko recidivno remitenten (RR), sekundarno progresiven (SP) ali primarno progresiven (PP).² Približno 85 % bolnikov z MS ima na začetku značilen RR potek z zagoni bolezni, ki jim sledijo izboljšanja stanja.² Zagon je vsak pojav novih ali poslabšanje starih nevroloških simptomov, ki traja več kot štiriindvajset ur, med dvema zagonoma pa mine vsaj en mesec. Po nekaj letih RRMS preide v SPMS, simptomi se začnejo nepretrgano slabšati, brez vmesnih izboljšanj. Približno 15 % bolnikov ima PPMS. Za njim pogosteje zbolijo starejši bolniki in moški.^{1,2} MS je še vedno neozdravljiva bolezen. Z imunomodulatornimi zdravili lahko vplivamo na potek bolezni in zmanjšamo število zagonov bolezni ter število vnetnih in demielinizacijskih plakov, vidnih na MR glave. Z zdravili nekoliko upočasnim napredovanje bolezni in nastanek invalidnosti.^{1,2} S simptomatskim zdravljenjem skušamo bolnikom omiliti različne simptome bolezni in tako izboljšati kakovost življenja.⁵ Zagone bolezni zdravimo s kortikosteroidi. Kortikosteroidi skrajšajo trajanje zagona, nimajo pa vpliva na sam potek bolezni.⁵

Ženske s postavljeno diagnozo MS si zastavljajo celo vrsto vprašanj, ki se nanašajo na načrtovanje družine:

- 1 Ali bom zaradi bolezni težje zanosila?
- 2 Ali je potrebno prekiniti z zdravljenjem z zdravili pred načrtovanjem nosečnosti?
- 3 Ali bom rodila zdravega otroka?
- 4 Katera zdravila lahko jemljem med nosečnostjo?
- 5 Kaj če pride do zagona med nosečnostjo?
- 6 Ali lahko rodim po naravni poti?
- 7 Ali lahko dojim?
- 8 Kdaj pride do zagona po porodu?
- 9 Kdaj pričnem z zdravljenjem z zdravili?

.....in še mnogo drugih.

Načrtovanje družine

Tveganje za nastanek MS med nosečnostjo, je v primerjavi z obdobjem po porodu, manjše. Runmarker s sodelavci je prišel do ugotovitev, da **nosečnost ne predstavlja povečanega tveganja za nastanek MS.** Ženske, ki nikoli ne rodijo imajo večje tveganje za nastanek MS v primerjavi z ženskami, ki imajo najmanj tri otroke.^{3,4,6,8} MS ne povzroča neplodnosti ne pri moških in ne pri ženskah, pripelje pa lahko do zmanjšanja libida, suhe nožnice, pri moških pa do težav pri doseganju erekcije in ejakulacije.^{3,4,6} Nekateri raziskave kažejo na zmanjšano ovarijsko rezervo bolnic z MS, kar je lahko razlog za skrajšanje rodne obdobja⁸ in zato bolnicam svetujemo posvet na Kliničnem oddelku za reprodukcijo, kjer določijo ovarijsko rezervo. V primeru, ko se pojavijo težave z zanositvijo, se lahko poslužimo postopkov umetne oploditve in v tem primeru je potrebno dobro sodelovanje nevrologa in ginekologa.⁸

Potek MS v nosečnosti

Leta 1998 je bila izvedena evropska multicentrična raziskava nosečnosti pri MS, PRIMS. V raziskavo je bilo vključenih 227 žensk, ki so jih spremljali 2 leti po porodu.³ Ugotavljali so, da se v času nosečnosti zmanjša število zagonov bolezni.³ Zmanjšanje zagonov bolezni je najbolj izrazito v zadnjem trimestrju. Po porodu se zlasti v prvih treh mesecih zveča verjetnost ponovnega zagona bolezni.³ Vzrok za zmanjšanje števila zagonov bolezni med nosečnostjo je v spremenjenem imunskem odgovoru in v hormonskih spremembah.³ Zdravljenju zagona bolezni s kortikosteroidi se izogibamo, še posebej v prvem trimestrju, zaradi tveganja za nastanek zajčje ustnice. Pri veliki večini bolnic z MS poteka nosečnost brez zapletov.⁵

Med nosečnostjo se lahko nekoliko poslabšajo nekateri simptomi bolezni, kot so utrudljivost, spastičnost in motnje mokrenja. Pri bolnicah z že prisotnimi motnjami mokrenja so pogostejši uroinfekti in potreba po samokateterizaciji se poveča. Zaradi ponavljajočih vnetij spodnjih sečil nekatere bolnice potrebujejo dolgotrajno zdravljenje z nizkimi odmerki antibiotikov.⁷

Bolnica z MS lahko rodi po naravni poti. Odločitev o načinu poroda je v rokah porodničarja. Bolnice nekoliko pogosteje rodijo z carskim rezom. Pri porodu po naravni poti večkrat potrebujejo pomoč z vakuumom, v primerjavi z zdravimi ženskami.^{3,6,7} Regionalna anestezija in/ali epiduralna anestezija nista kontraindicirani pri bolnicah z MS. Otroci bolnic z MS imajo nekoliko nižjo porodno težo, ni pa povečanega tveganja za perinatalno umrljivost ali razvojne anomalije.^{3,6,7}

Imunomodulatorno zdravljenje in nosečnost

V zadnjih desetletjih se je obravnava bolnikov z MS zelo spremenila predvsem zaradi zgodnje postavitve diagnoze in zdravljenju z zdravili, ki upočasnijo bolezenski potek.⁷ Ob pričetu zdravljenja vsekakor upoštevamo ne samo naravo bolezni temveč tudi želje in pričakovanja bolnika.⁷ O načrtovanju družine se je potrebno pogovarjati že ob postavitvi diagnoze oziroma pred pričetkom zdravljenja. Z zgodnjim zdravljenjem želimo doseči čimprejšnjo umiritev oziroma remisijo bolezni. Bolnicam svetujemo, da načrtujejo nosečnost po približno letu do dveh zdravljenj in remisije.⁷ Pri veliki večini bolnic zdravljenje z zdravili, ki upočasnijo potek bolezni ukinemo. Interval med prenehanjem zdravljenja in varno zanositvijo se od zdravila do zdravila razlikuje in le pri majhnem številu bolnic nadaljujemo zdravljenje tudi v času nosečnosti.⁷

Obdobje po porodu

Raziskave so pokazale da le 10% bolnic z MS utрпи zagon bolezni med nosečnostjo. Po porodu se verjetnost zagona bolezni poveča in ga lahko pričakujemo pri 30 % bolnic z MS.⁴

Dojenje ne poslabša MS. Rezultati nekaterih raziskav so pokazali, da imajo doječe bolnice manjše tveganje za zagon po porodu. To velja za bolnice, ki dojijo in ne za bolnice, ki dojijo in že dodajajo obroke mleka. Predvideva se, da vrsta dojenja vpliva na hormonsko ravnovesje v organizmu. V času dojenja so kontraindicirana imunomodulatorna zdravila in večina zdravil za simptomatsko zdravljenje.⁴

Viri:

- 1 Garg N. et al: An update on immunopathogenesis, diagnosis, and treatment of multiple sclerosis. Brain Behav. 2015 Sep;5(9):e00362. doi: 10.1002/brb3.362. Epub 2015 Aug 3.
- 2 Calliope A. Dendrou; Immunopathology of multiple sclerosis; Nature reviews Immunology volume 15, september 2015 doi: 10.1038/nri3871. Epub 2015 Aug 7.
- 3 Confavreux C, Hutchinson M, in sod. Rate of pregnancy-related relapse in Multiple Sclerosis. Pregnancy in Multiple Sclerosis Group. N Engl J Med 1998;339:285–91.
- 4 Hellwig K, Rockhoff M, in sod. Exclusive Breastfeeding and the Effect on Postpartum Multiple Sclerosis Relapses. JAMA Neurol 2015;72:1132–8. 10.
- 5 Boz C, Terzi M, Zengin Karahan S, in sod. Safety of IV pulse methylprednisolone therapy during breastfeeding in patients with multiple sclerosis. Mult Scler 2018;24:1205–11.
- 6 Simone IL, Torella C, in sod. Influence of Pregnancy in Multiple Sclerosis and Impact of Disease-Modifying Therapies. Front Neurol 12:697974. doi: 10.3389/fneur.2021.697974.
- 7 Dobson R, Dassan D in sod. UK consensus on pregnancy in multiple sclerosis: 'Association of British Neurologists' guidelines. Pract Neurol 2019;19:106–114.
- 8 Freshteh A. Et al: Investigating the interaction between fertility, pregnancy, and multiple sclerosis. J Educ Health Promot. 2021 Jun 30;10:220. doi: 10.4103/jehp.jehp_1107_20. eCollection 2021.