

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Γεώργιος Πετράκος, Μιχάλης Παχάκης, Άννα Λυκούδη,
Απόστολος Οικονόμου, Σταυρούλα Μαυρέα*, Περικλής Παναγόπουλος

Περίληψη

Ο Συστηματικός Ερυθρωματώδης Λύκος (ΣΕΛ) είναι μια παθολογική ορμονοεξαρτωμένη κατάσταση που εμφανίζεται κυρίως σε νέες γυναίκες στις οποίες οι ορμόνες επηρεάζουν την πορεία της νόσου. Η εγκυμοσύνη σε ασθενείς με ΣΕΛ θέτει σε έναν επιπλέον κίνδυνο μια ήδη περίπλοκη κατάσταση. Είς τήν περιγραφόμενη περίπτωση πρόκειται για μια πρωτότοκο γυναίκα ηλικίας 31 ετών με ΣΕΛ, από το 1990 που αντιμετωπίστηκε με υδροξυχλωροκίνη και μεθυλπρεδνιζολίνη. Επισημαίνεται η απουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων Η κύηση εξελίχθηκε ομαλά έως την 38η εβδομάδα όπου με καισαρική τομή γέννησε εν νεογνό ζων, θήλυ, βάρους 3100g. Η γυναίκα παρέμεινε σε σταθερή κατάσταση σε όλη τη λοχεία λαμβάνουσα μεθυλπρεδνιζολίνη και παραμένει σε πλήρη ύφεση ένα χρόνο μετά την καισαρική τομή. Επιλέξαμε την καισαρική τομή στις 38 εβδομάδες.

Όροι ευρετηρίου: Κύηση, συστηματικός ερυθρωματώδης λύκος.

Εισαγωγή

Τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι συχνά σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας¹. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνδέουν την υπογονιμότητα και την παρουσία αυτοάνοσων νοσημάτων. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για υπογονιμότητα σε τέτοιους ασθενείς αφορούν την μακροχρόνια έκθεση σε κυκλοφωσφαμίδη και την ωοθηκική ανεπάρκεια λόγω της παρουσίας ειδικών αντιωοθηκικών αυτοαντισωμάτων². Ο Συστηματικός Ερυθρωματώδης Λύκος (ΣΕΛ) είναι μια χρόνια πολυσυστηματική αυτοάνοση νόσος με ευρύτατο φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που εμφανίζεται κυρίως σε νέες γυναίκες στις οποίες οι ορμονικές μεταβολές επηρεάζουν την πορεία της νόσου³. Οι ανοσολογικές διαταραχές περιλαμβάνουν κυρίως την παρουσία μιας πληθώρας αντισωμάτων, την κατανάλωση συμπληρώματος, την πτώση της κυτταρικής και την αύξηση της χυμικής ανοσίας. Είναι οκτώ φορές πιο συχνή στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και φαίνεται ότι οι γυναίκες της μαύρης φυλής προσβάλλονται τρεις φορές συχνότερα από τις λευκές².

Η εγκυμοσύνη σε ασθενείς με ΣΕΛ θέτει σε έναν επιπλέον κίνδυνο μια ήδη περίπλοκη κατάσταση. Υπάρχουν συρρέοντα στοιχεία που συνδέουν διάφορες αυτοάνοσες διαταραχές και τις αποβολές α' και β' τριμήνου⁴. Στη διεθνή βιβλιογραφία ποικίλουν τα ποσοστά επιπλοκών της κύησης όπως αυξημένο ποσοστό περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας που οφείλονται στην προωρότητα, πρόωρος τοκετός, πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων και βραδύτητα της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου και ενδομήτριος θάνατος⁵. Η παρουσία των αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων και η ανάγκη για χρήση τερατογόνων φαρμάκων δυσχεραίνουν την παρακολούθηση της κύησης. Πάντως η εξέλιξη της τεχνολογίας εφεύρε τρόπους που καταμετρούν την δραστηριότητα της νόσου στην κύηση^{6,7}.

Περιγραφή περίπτωσης

Πρόκειται για πρωτότοκο γυναίκα ηλικίας 31 ετών με ΣΕΛ, ο οποίος διεγνώσθη το 1990 και αντιμετωπίστηκε με υδροξυχλωροκίνη και μεθυλπρεδνιζολίνη. Ο ανοσολογικός έλεγχος έδειξε αρνητικό ρευματοειδή παράγοντα, θετικά ANA σε τίτλο 1/1280, anti-ds DNA αρνητικά, το ENA screen έδειξε θετικά anti-Sm και anti-RNP, αρνητικά anti-Ro, anti-La, anti-scl-70 anti-jo-1. Από το συμπλήρωμα ήταν φυσιολογικό το C3 και ελαττωμένο το C4. Επισημαίνεται η απουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων Ο προγεννητικός έλεγχος και η παρακολούθηση στην κύηση (εργαστηριακός και υπερηχογραφικός) ήταν σύμφωνα με τα διεθνή παραδεδομένα και δεν έδειξαν παθολογικά ευρήματα.

Κατά τη διάρκεια της κύησης, χορηγήθηκε σίδηρος και φυλλικό οξύ. Σε συνενόηση με τους ρευματολόγους, ελάμβανε υδροξυχλωροκίνη (200 mg/ημέρα) και μεθυλπρεδνιζολόνη (6 mg/ημέρα). Η κύηση εξελίχθηκε ομαλά έως την 38η εβδομάδα όπου με προγραμματισμένη καισαρική τομή γέννησε εν νεογνό ζων, θήλυ, βάρους 3100gr. Η γυναίκα παρέμεινε σταθερή σε όλη τη λοχεία λαμβάνουσα μεθυλπρεδνιζολόνη (6mg ημερησίως) και παραμένει σε πλήρη ύφεση 6 μήνες μετά την καισαρική τομή.

Συζήτηση

Σε διάφορες μελέτες παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό αναζωπύρωσης σε ασθενείς με ΣΕΛ στη διάρκεια της κύησης και για τρεις μήνες μετά τον τοκετό, σε σχέση με μη εγκύους ασθενείς στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα, αλλά τα περισσότερα επεισόδια ήταν ήπιας ή μέσης βαρύτητας και ανταποκρίνονται στη χορήγηση χαμηλών δόσεων στεροειδών- υδροξυχλωροκίνης- αζαθειοπρίνης⁸. Αν η νόσος είναι ανενεργός κατά το χρόνο της σύλληψης, τα ποσοστά αναζωπύρωσης σε αυτές τις ασθενείς είναι χαμηλότερα, όχι μόνο από τις αντίστοιχες εγκύους με ενεργό νόσο κατά το χρόνο της σύλληψης αλλά και από τις μη εγκύους ασθενείς. Σε ασθενείς με ιστορικό νεφρικής συμμετοχής υπάρχει μεγάλη πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς νεφρική νόσο, αλλά η διαφοροδιάγνωση μεταξύ ενεργού αυτοάνοσης νεφρίτιδας και προεκλαμψίας είναι δυσχερής και μείζονος σημασίας, παρ' ότι θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι δυο καταστάσεις μπορεί και να συνυπάρχουν.

Η μετάδοση IgG αντισωμάτων από τη μητέρα στο έμβρυο συνήθως συμβαίνει μεταξύ 16ης και 32ης εβδομάδας της κύησης⁹ αλλά η διάγνωση μιας αυτοάνοσης κατάστασης του εμβρύου συμβαίνει συνήθως μετά τον τοκετό. Η πιο αναγνωρίσιμη κατάσταση είναι το Σύνδρομο Νεογνικού Λύκου, λόγω της μετάδοσης anti-Ro και/ ή anti-La αντισωμάτων από τη μητέρα. Αναμφίβολα η κύηση αυτή πρέπει να χαρακτηρίζεται υψηλού κινδύνου και να επιβλέπεται από ομάδα ιατρών πολλών ειδικοτήτων.

Μετά από κάθε επίσκεψη σ' εμάς για την παρακολούθηση της κύησης ενημερώναμε τους θεράποντες ιατρούς της για τον ΣΕΛ και γενικά υπήρχε μια ετοιμότητα δια παν ενδεχόμενον. Δεν υπάρχει ταύτιση των απόψεων για την πορεία της κύησης σε σχέση με την νόσο. Σίγουρα όμως ο ενεργός ΣΕΛ έχει υψηλά ποσοστά πρόωρου τοκετού και αποβολών¹⁰. Όσον αφορά το είδος τοκετού επιλέξαμε την καισαρική τομή στις 38 εβδομάδες όπως και σε άλλες μελέτες αναφέρεται¹¹. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές¹² οι γυναίκες αυτές μπορούν να γεννήσουν φυσιολογικά. Με την αύξηση των γνώσεων για τη βάση της παθοφυσιολογίας αυτής της αυτοάνοσης παθολογίας καθώς και την εξέλιξη της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της, η κύηση σε αυτές τις γυναίκες θα είναι ολοένα και πιο ασφαλής¹³.

Summary

Successful gestation in a patient with systemic lupus erythematosus: Case report

Petrakos G, Pachakis M, Lykoudi A, Economou A, Mavrea S, Panagopoulos P*

Department of Obstetrics and Gynecology, "Tzaneio" Hospital, Piraeus

**Laboratory of Virology and Immunology, "Sotiria" Hospital, Athens*

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a disorder characterized by changes which affect the progress of the disease. It usually appears in young women. Gestation in patient with SLE poses one more danger in a difficult condition. We describe a case with SLE. First Gestation. Diagnosis of SLE since 1990. She was treated with hydroxychloroquine and methylprednisolone. We underline the absence of antiphospholipid antibodies. The progress of this gestation was normal up to 38w when delivered by cesarean section (CS) and had a newborn alive female 3100gr. Condition was stable during puerperium under methylprednisolone and for a year after the cesarean section.

Key words: Pregnancy, systemic lupus erythematosus

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Warren JB, Silver RM. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2004 June;31 (2):345-72, vi-vii.
2. C Gordon: *Pregnancy and autoimmune diseases: Best Practice & Research in Clinical Rheumatology Vol. 18, No. 3, pp. 359-379, 2004.*
3. Meyer O: *Making pregnancy safer for patients with lupus. Joint Bone Spin* 2004 May; 71(3): 178-82.
4. N Mtiraoui, L Borgi, S Hizem, B Nsiri, R.R. Finan, J-C Gris, W.Y. Almawi, T Mahjoub: *Prevalence of antiphospholipid antibodies, factor V G1691A (Leiden) and prothrombin G20210A mutations in early and late recurrent pregnancy loss. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 119 (2005) 164-170.
5. Clark CA, Spitzer KA, Nadler JN, Laskin CA: *Preterm deliveries in women with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol* 2003 Oct; 30(10):2127-32
6. Erkan D, Sammaritano L: *New insights into pregnancy-related complications in systemic lupus erythematosus. Curr Rheumatol rep.* 2003

- Oct; 5(5):357-63.
7. Rivas-Lopez R, Buitron Garcia-Figueroa R, Romero-Cabello R: systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Ginecol Obstet Mex.* 2003 Aug; 71:400-8.
 8. Petri M. Pregnancy in SLE. *Baillie're's Clinical Rheumatology* 1998; 12: 449-476.
 9. Tseng CE & Buyon JP. Neonatal lupus syndromes. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 1997; 23: 31-54.
 10. Petri M: Prospective study of systemic lupus erythematosus pregnancies. *Lupus* 2004; 13(9):688-9.
 11. Ji XH, Yu J, Su HH: Study on the time selection of pregnancy and delivery in women with systemic lupus erythematosus. *Zhongua Fu Cihan Ke Za Zhi* 2004 Aug; 39(8):511-4.
 12. Novackova M, Binder T, Jancikova B, Vlk R, Spalova I, Kulovany E, Marek J: development of the pregnancy and labour in patient with systemic lupus erythematosus. *Ceska Gynecol* 2004 May; 69(3): 193-6.
 13. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA: Evaluation of systemic lupus erythematosus activity during pregnancy. *Lupus* 2004; 13(9):679-92.

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Ιατρικής

Το προσωρινό Κεντρικό Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Ιατρικής καλεί τα μέλη της σε Τακτική Γενική Συνέλευση στις 5 Απριλίου 2006, ημέρα Τετάρτη και ώρα 14.00 στο μικρό Αμφιθέατρο του Τμήματος Νοσηλευτικής (Παπαδιαμαντοπούλου 123). Θέμα της Συνέλευσης είναι η διενέργεια αρχαιρεσιών προς την ανάδειξη των 9 μελών του Κεντρικού Διοικητικού Συμβουλίου και των 3 μελών της Εξελεγκτικής Επιτροπής.

Ελλείψει απαρτίας η Τακτική Γενική Συνέλευση θα επαναληφθεί στις 12 Απριλίου στο ίδιο μέρος και την ίδια ώρα.

Ο Πρόεδρος
Λουκάς Σπάρκος

Ο Αν. Γεν. Γραμματέας
Θεοφάνης Καποστάρας

Πληροφορίες:

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Ιατρικής
Λυκούργου 7, Κηφισιά 145 62
Τηλ.: 210 8080440, Fax: 210 7715738