

Těhotenství po transplantaci ledviny

Kim HW, Seok HJ, Kim TH, Han DJ, Yang WS, Park SK. The experience of pregnancy after renal transplantation: pregnancies even within postoperative 1 year may be tolerable. Transplantation 2008;85:1412–1419.

Po úspěšné transplantaci ledviny dochází k normalizaci menstruačního cyklu po 1–20 měsících. Ženy v plodném věku mají po transplantaci asi 2% šanci otěhotnět. Ačkoli existují zprávy o negativním vlivu těhotenství na funkci štěpu, současný konsensus American Society of Transplantation svědčí o tom, že těhotenství nemá vliv na funkci štěpu, pokud je jeho funkce normální. Jedná se ale o riziková těhotenství jak pro matku, tak pro plod. Novorozenci pak častěji přicházejí na svět předčasně a mají více malformací. Častěji bylo rovněž pozorováno úmrtí novorozenců matek po transplantaci ledviny. Předchozí studie dávaly do souvis-

losti interval mezi graviditou a transplantací a hodnotu sérového kreatininu v době početí do přímé souvislosti s dlouhodobou funkcí štěpů a úspěšným donošením zdravého dítěte. Těhotenství matek se stabilní a normální funkcí štěpu po prvním roce po transplantaci ledviny je tak považováno za bezpečné. Cílem této retrospektivní studie bylo ozřejmit vliv specifických faktorů na výsledky gravidity a funkce transplantované ledviny.

V letech 1991–2005 podstoupilo transplantaci ledviny 475 žen ve fertilním věku. Celkem pak otěhotnělo 48 žen. Jako kontrolní skupina byla použita skupina 187 žen, které po transplantaci ledviny nebyly gravidní. Celkem autoři pozorovali 74 gravidit u 48 žen, dvakrát se jednalo o dvojčata. 12 gravidit u 10 žen bylo ukončeno potratem z nemedicinských důvodů. Osm nemocných spontánně potratilo (jedna dvakrát), tři ženy měly předčasný porod a jednou se jednalo o extrauterinní graviditu. Sedmáct žen bylo gravidních dvakrát, jedna žena byla gravidní třikrát, jedna čtyřikrát a jedna pětkrát. Průměrný věk, kdy došlo ke graviditě byl 31,6 roku a medián intervalu po transplantaci byl 25 měsíců. Jedenáct žen bylo gravidních během prvního roku po transplantaci ledviny a těm se nakonec narodilo sedm živých dětí. Z gravidit, které vedly k porodu živého dítěte, bylo zaznamenáno 22 (45 %) předčasných porodů. Průměrné trvání gravidit do porodu bylo 37 týdnů. Císařským řezem bylo ukončeno 19 (39 %) gravidit. Před tím, než otěhotnělo, mělo 49 % žen hypertenzi. Preeklampsie byla pozorována u devíti ze 14 nemocných s hypertenzí. Průměrná váha novorozenců byla 2 631 g a 27 % novorozenců mělo váhu nižší než 2 500 g. Jeden novorozenec vážící 936 g zemřel pro nitrolební krvácení. Tracheo-efageální atrezie a spina bifida se vyskytly u dalšího novorozence, u jehož matky byl podáván mykofenolát mofetil v průběhu prvních osmi týdnů. Ženy, které úspěšně donosily dítě, byly mladší. Žádné další rizikové faktory pro neúspěšnou graviditu pozorovány nebyly (typ imunosuprese, trvání dialýzy, interval mezi otěhotněním a transplantací, hodnota sérového kreatininu v době otěhotnění). Logistická regrese ukázala, že mladší věk v době transplantace a mladší věk v době otěhotnění byly spojeny s úspěšným těhotenstvím.

Většina nemocných byla po transplantaci od žijícího příbuzného dárce ledviny (57 %) a žijícího nepřibuzného dárce ledviny (13 %), 94 % těhotenství bylo po první transplantaci ledviny. Imunosuprese sestávala u většiny nemocných z cyklosporinu A, azathioprinu a kortikoidů (74 %), tacrolimus, azathioprin a kortikoidy byly použity u 4 % gravidit, 1 % nemocných bylo léčeno tacrolimem, mykofenolát mofetilem a steroidy, zbytek tvořila duální léčba jednoho z inhibitorů kalcineurinu s azathioprinem nebo s kortikoidy. U většiny nemocných byla hodnota Scr v době početí < 1,5 mg/dl (u 92 % nemocných). U všech nemocných, které porodily živé dítě, byla hodnota sérového kreatininu v průběhu gravidity prakticky stabilní, po porodu se mírně zhoršila, ale za rok po porodu odpovídala opět výchozím hodnotám.

V porovnání s kontrolní skupinou nebyly pozorovány žádné rozdíly ve výskytu rejekčních epizod ani v přežití štěpů. Patnáctileté přežití štěpů bylo ve skupině gravidit 67,3 % a v kontrolní skupině 58,1 %, rozdíl ale nebyl statisticky významný.

Autoři uzavírají, že těhotenství nemá žádné velké nežádoucí účinky na dlouhodobý osud transplantované ledviny nebo její funkci. Otěhotnění během prvního roku po transplantaci nebylo spojeno s horšími výsledky. Větší pravděpodobnost narození živého dítěte je u žen, které podstoupily transplantaci ledviny a otěhotněly v mladším věku.

■ KOMENTÁŘ

Doc. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Těhotenství po transplantaci ledviny není možno považovat za chorobný stav. I když ošetřující lékaři upozorňují ženy ve fertilním věku na rizikovost gravidity, existuje skupina žen, u nichž je gravidita možná a není spojena se zvýšeným rizikem komplikací. Těhotenství po transplantaci ledviny není kontraindikováno, je-li funkce štěpu dobrá a stabilní a pokud žena otěhotní po prvním roce po transplantaci. Tato komentovaná práce dokonce přináší nepřímé důkazy (vzhledem k retrospektivitě studie) o tom, že je gravidita úspěšná i během prvního roku po transplantaci. Kasuistické případy pak svědčí i o úspěšné graviditě, kdy k otěhotnění došlo tři měsíce před transplantací a žena o svém stavu nevěděla (Kenny, 2007). Více než 95 % těchto těhotných žen dospěje k úspěšnému porodu. Výskyt komplikací u matky i plodu závisí na úrovni renální funkce a přítomnosti hypertenze před otěhotněním. Podle současných poznatků nemá těhotenství (ani opakované) samo o sobě negativní vliv na dlouhodobé přežívání štěpu. Za komplikace se považují: zhoršení či ztráta funkce štěpu z imunitních i neimunitních příčin, hypertenze a proteinurie, preeklampsie, infekce a samovolné potraty. Při horší renální funkci se výskyt komplikací zvyšuje z 30 na 80 % a také významně klesá pravděpodobnost ukončení těhotenství porodem živého dítěte v termínu. Z hlediska plodu je nejvýznamnějším rizikem dysfunkce štěpu matky a její imunosupresivní a antihypertenzní terapie. Proto je zcela zásadní, aby k otěhotnění došlo plánovaně s tím, že medikace, která je neslučitelná s graviditou (mykofenolát mofetil, sirolimus, inhibitory ACE, statiny), byla včas vyměněna za preparáty, které je možno v graviditě užívat (Bürgelová et al., 2008). V současné době, kdy je většina nemocných léčena výše uvedenými preparáty, jde o významný problém. Pokud existuje imunologické riziko rejekce po změně medikace z MMF na azathioprin, nemocná má proteinurii s hypertenzí, gravidita není vhodná. Je jistě zásadní, aby tyto pacientky sledoval gynekolog znalý problematiky transplantací, a to není možné jinak než ve zdravotnických zařízeních při transplantčních centrech. Narození zdravého potomka nemocné po transplantaci ledviny (nebo jiného orgánu) je jistě událostí pro celý tým. V IKEM jsme zaznamenali již přes 60 těhotenství a 24 živě narozených dětí (Horčíčková et al., 1999), v poslední době ale vzhledem k výše popsané medikaci nejsou nechtěná otěhotnění vlastně možná, a proto v případech, kdy žena chce otěhotnět, je nutné graviditu plánovat.

Literatura

- Bürgelová M, Cindr J, Pařízek A. Těhotenství po transplantaci ledviny. In: Viklický O, Janoušek L, Baláš P. Transplantace ledviny v klinické praxi. Praha: Grada, 2008.
Horčíčková M, Reneltová I, Šimová M, et al. Těhotenství po transplantaci ledviny. Vnitřní Lék 1999;45:224–227.
Kenny LC, Baker PN, Venning M, Parrott N. Successful renal transplant during the first trimester of pregnancy. Transpl Int 2007;20:390–391.

Zlepšení funkce tzv. myelomové ledviny pomocí plazmaferézy

Leung N, Gertz MA, Zeldenrust SR, et al. Improvement of cast nephropathy with plasma exchange depends on the diagnosis and on reduction of serum free light chains. Kidney Int 2008;73:1282–1288.

Renální selhání se vyskytuje u 18–56 % nemocných postižených mnohočetným myelomem. Pokud se jej nepodaří zvrátit a nemocný zůstane trvale závislý na dialýze, významným způsobem mu zkrátí jeho celkové přežívání. Příčin vedoucích u pacientů s mnohočetným myelomem k renálnímu selhání může být celá