

## Zespół antyfosfolipidowy

Wiele zaburzeń funkcjonowania organizmu czy też chorób ogólnoustrojowych kobiety ma decydujący wpływ na jej płodność oraz przebieg ciąży. Do takich chorób zaliczyć można między innymi niektóre z chorób autoimmunologicznych. Są one czasami trudne do uchwycenia przed ciążą, gdyż ich objawy nierzadko ujawniają się dopiero w czasie jej trwania. W latach 80-tych zauważono związek pomiędzy występowaniem we krwi nadmiernej ilości przeciwciał antyfosfolipidowych (aPL) a niepłodnością kobiecą oraz pojawianiem się wielu patologii ciąży. Zespół objawów, z których najistotniejsze to obecność w surowicy krwi podwyższonego stężenia przeciwciał antyfosfolipidowych, nawracająca zakrzepica żylna lub tętnicza oraz wielokrotna utrata ciąży, został określony jako zespół antyfosfolipidowy (APS). Bardzo ważnym składnikiem błon komórkowych są cząsteczki tłuszczów zwane fosfolipidami. Przeciwciała aPL, z których najczęściej wykrywane są antykoagulant tocznia (LA) oraz przeciwciała antykardiolipinowe (aCL) klas IgM i IgG, wiążą się z fosfolipidami błon komórkowych lub białek układu krzepnięcia, wywołując zmiany patologiczne w różnych narządach, doprowadzając do incydentów zakrzepicy, jak również trudności z zająciem w ciążę i jej donoszeniem. Wysokie miano tych przeciwciał prowadzi do dysfunkcji błon komórkowych, powodując zakłócenia w procesie zapłodnienia, stając się tym samym przyczyną niepłodności, jak również implantacji komórki jajowej prowadząc do jej poronienia. Połączenie się przeciwciał z fosfolipidami może spowodować bezpośrednie uszkodzenie komórek trofoblastu, z którego wykształca się wówczas niepełnowartościowe łożysko. Wszystkie te nieprawidłowości łożyska zaburzają prawidłowy transport składników odżywczych i tlenu w krążeniu maczyno-płodowym, a tym samym stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju a także życia płodu.

Przyczyna występowania zespołu antyfosfolipidowego nie została jeszcze dokładnie poznana. Najprawdopodobniej wywołana jest czynnikami genetycznymi jak również środowiskowymi. Pojawienie się zespołu może również być indukowane urazami pozabiegowymi lub też zakażeniami. Istnieją również hipotezy, iż patologia ta indukowana jest zmianami stężeń hormonów krążących w organizmie, ponieważ istotną rolę w prawidłowym działaniu układu odpornościowego odgrywiają hormony płciowe a w szczególności estrogeny. W związku z tym, bardzo często ciąża, podczas której dochodzi do zmian stężeń tych hormonów, staje się czynnikiem wywołującym chorobę. Rozpoznanie zespołu antyfosfolipidowego jest trudne. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż przeciwciała aPL obecne są we krwi każdego człowieka i cechują się zmienną naturą. Poza tym istnieje różnorodność testów wykorzystywanych przez laboratoria do wykrywania miana tych przeciwciał. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż przeciwciała antyfosfolipidowe pojawiają się w wielu chorobach autoimmunologicznych, toczniu rumieniowatym, chorobach nowotworowych i zakaźnych jak również na skutek działania niektórych leków. W tych przypadkach u niektórych osób miano to jest znacznie podwyższone. Zjawisko to ma jednak charakter przejściowy. Zespół APS można podejrzewać wówczas, gdy miano przeciwciał, po co najmniej dwukrotnym oznaczeniu z 6 tygodniową przerwą jest znacznie podwyższone. Charakterystyczne dla APS są samoistne, nawracające, spontaniczne poronienia przed 10 tygodniem ciąży, obumarcie prawidłowo rozwijającego się płodu przed 10 tygodniem ciąży lub też przedwczesne urodzenie płodu przed 34 tygodniem ciąży. Wspólną cechą tych patologii jest fakt, iż płody nie wykazują żadnych nieprawidłowości pod względem morfologicznym, jak również nie wykryto innych przyczyn poronienia, obumarcia lub przedwczesnego urodzenia. Obecność przeciwciał zwiększa ryzyko niepomyślnego zakończenia ciąży we wszystkich stadiach rozwoju zarodka jak również mogą być przyczyną pojawienia się wielu poważnych powikłań położniczych. W związku z tym ciąża u kobiet z APS traktowana jest jako ciąża wysokiego ryzyka. Zaburzenia wywołane przeciwciałami aPL prowadzą do upośledzonej implantacji zarodka. W późniejszej ciąży mogą powodować powstanie zakrzepicy w naczyniach macicy i łożyska, w rezultacie doprowadzając do niewydolności łożyska, zwiększając ryzyko opóźnionego rozwoju lub wewnątrzmacicznego obumarcia płodu czy też przedwczesnego oddzielenia się łożyska.

W celu zminimalizowania ryzyka powikłań oraz zwiększenia szans pomyślnego

zakończenia, ciąża u kobiet cierpiących na APS powinna być ciążą zaplanowaną i poprzedzoną pomiarem poziomu przeciwciał. Jest to rzecz niezmiernie istotna bowiem od momentu zajścia w ciążę należy wprowadzić odpowiednią terapię lekową jak również otoczyć tę ciężarną specjalistyczną opieką lekarską. Wprowadzenie odpowiedniego leczenia zwiększa szansę na urodzenie zdrowego dziecka oraz na zmniejszenie ryzyka pojawienia się powikłań położniczych. Szczególne znaczenie ma fakt, iż większość leków przeciwzakrzepowych przyjmowanych przez kobiety z APS, szczególnie te, u których wystąpiły epizody zakrzepicy, cechuje się bardzo silnym działaniem teratogennym. Konieczne jest więc jak najszybsze odstawienie tych leków i zastąpienie je innymi, nie stanowiącymi zagrożenia dla płodu. Najczęściej stosuje się niskie dawki kwasu acetylosalicylowego i heparynę drobnocząsteczkową. W przypadku kobiet ze szczególnie obciążonym wywiadem położniczym jak również u tych, u których pomimo stosowania heparyny występowały poronienia czasami stosuje się dodatkowo immunoglobuliny podawane dożylnie.

Częsta utrata ciąż, szczególnie w przypadku, gdy brak jakiegokolwiek konkretnej przyczyny tej tragedii powinno nasunąć przypuszczenie obecności w organizmie kobiety przeciwciał antyfosfolipidowych. Planując kolejną ciążę warto przeprowadzić niezbędne badania na obecność przeciwciał antyfosfolipidowych, aby uniknąć kolejnych niepowodzeń.

*Jarosław Jacek Maj*  
*lekarz ginekolog-położnik*  
[www.jaroslawmaj.ginweb.pl](http://www.jaroslawmaj.ginweb.pl)