

Affrontare il tema della pianificazione familiare per migliorare la qualità di vita delle pazienti con malattie reumatiche

Gentile Signora,

le malattie reumatiche interessano prevalentemente il sesso femminile e tendono ad esordire in età giovanile, proprio nel momento in cui una donna inizia a delineare i propri progetti familiari.

Ricevere informazioni per pianificare una vita riproduttiva che possa tenere in considerazione sia le aspettative della paziente, sia le esigenze di cura della malattia è fondamentale per una buona qualità di vita delle pazienti con malattie reumatiche.

Questo foglio informativo è stato elaborato da un gruppo di Medici Reumatologi che hanno approfondito queste tematiche nell'ambito del Gruppo di Studio "Medicina di Genere" della Società Italiana di Reumatologia (SIR). Il foglio informativo ha lo scopo di proporre alcuni punti fondamentali nella discussione delle tematiche riproduttive, al fine di facilitare la comunicazione tra medico e paziente.

Se lo riterrà opportuno, potrà condividere questo documento con i Suoi Medici Curanti, con particolare riferimento al Reumatologo e al Ginecologo di fiducia.

Per qualsiasi informazione e/o chiarimento, il Gruppo di Studio "Medicina di Genere" è a disposizione all'indirizzo e-mail: segreteria.sir@reumatologia.it

Confidando nel fatto che il nostro contributo possa aiutare Lei e le altre pazienti con malattie reumatiche ad affrontare con maggiore consapevolezza le scelte importanti per tutte le donne in età fertile, porgiamo cordiali saluti.



Malattie Reumatiche e Salute Riproduttiva della Donna

Le pazienti con malattie reumatiche tendono a ridurre il numero di figli desiderati per una serie di motivazioni:

- 1) timore che il bambino possa "ereditare" la malattia materna;
- 2) timore che la malattia materna e/o i farmaci assunti in gravidanza possano nuocere al nascituro;
- 3) preoccupazione che la gravidanza possa interrompere uno stato duraturo di remissione di malattia determinandone una riaccensione;
- 4) incertezza sulla capacità di accudire il bambino, in particolare nei primi anni di vita, o di avere una ridotta aspettativa di vita e quindi di non poter accompagnare i figli nella crescita.



IL COLLOQUIO INFORMATIVO SU FERTILITÀ, CONTRACCEZIONE, PROCREAZIONE

- Un'adeguata informazione da parte del Reumatologo può aiutare a superare in gran parte questi timori. La pianificazione familiare è un dunque un argomento importante da affrontare fin dall'inizio del percorso di cura con lo specialista di riferimento.
- Le donne con malattie reumatiche hanno generalmente una fertilità normale. Solo in particolari situazioni la fertilità risulta ridotta dalla attività di malattia e/o dal suo trattamento (es. utilizzo di ciclofosfamide).
- Il metodo contraccettivo più indicato per ciascuna paziente dovrebbe essere individuato mediante la valutazione del Ginecologo e del Reumatologo sulla base delle caratteristiche individuali (attività di malattia, presenza di fattori di rischio trombotico, preferenze della paziente). La spirale è utilizzabile da tutte le pazienti con malattia reumatica, se priva di controindicazioni dal punto di vista ginecologico. La pillola (a base di estrogeni+progesterone, oppure di solo progesterone) può esse-

Opuscolo realizzato dal Gruppo di Studio "Medicina di Genere" della Società Italiana di Reumatologia, con il contributo non condizionante di UCB Pharma.

SIR
Società Italiana
di Reumatologia

Si ringraziano le Pazienti che volontariamente hanno contribuito alla revisione del testo.

re consigliata a pazienti selezionate sulla base di una attenta stratificazione del rischio individuale.

- La donne con malattie reumatiche possono accedere a tecniche di procreazione medicalmente assistita previa valutazione dei rischi individuali (attività di malattia, rischio di trombosì) e prescrizione di terapie profilattiche per minimizzare i rischi possibilmente connessi alle stimolazioni ormonali.
- Una malattia materna attiva è il principale fattore di rischio per complicanze della gravidanza e rallentamento della crescita del feto. Curarsi in corso di gravidanza è il modo migliore di favorire il benessere del proprio bambino.
- La pianificazione della gravidanza in un periodo di remissione stabile della malattia è il presupposto fondamentale per ottenere il miglior esito gestazionale possibile. Programmare una gravidanza implica il vantaggio di poter indagare eventuali fattori materni che possono influenzare negativamente l'andamento della gravidanza (es. autoanticorpi come anti-Ro/SSA e anticorpi antifosfolipidi) e poter quindi implementare misure preventive.

Curarsi in corso di gravidanza è il modo migliore di favorire il benessere del proprio bambino.

LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA E DEL PERIODO SUCCESSIVO AL PARTO: COME FAVORIRE LA SALUTE ED IL BENESSERE DI MAMMA E BAMBINO

- La stratificazione del rischio ostetrico di ciascuna paziente consente al Reumatologo e al Ginecologo di proporre alla paziente il trattamento preventivo più adeguato. L'acido acetilsalicilico a basso dosaggio ("aspirinetta") e l'eparina sottocute sono i farmaci più utilizzati (in monoterapia o in combinazione) per favorire la corretta formazione della placenta e prevenire complicanze ostetriche quali la preeclampsia.
- Molti farmaci anti-reumatici possono essere assunti con tranquillità in corso di gravidanza e allattamento (vedi Tabella). È importante discutere con i propri Medici la compatibilità dei farmaci e il rapporto rischio-beneficio del loro utilizzo. Mantenere la malattia materna in remissione grazie a farmaci "sicuri" è la condizione fondamentale per minimizzare i possibili effetti negativi della malattia reumatica sulla crescita e il benessere del feto.
- Il fatto che l'utilizzo di un farmaco sia sconsigliato in gravidanza e/o in allattamento non significa necessariamente che vi siano evidenze certe di rischio per il bambino. Nella maggior parte dei casi, questa raccomandazione deriva dalla mancanza di documentazione, pertanto si preferisce un approccio cautelativo nell'attesa di acquisire informazioni sulla sicurezza di utilizzo del farmaco.
- Le malattie reumatiche non sono un'indicazione al taglio cesareo. L'indicazione a questa modalità di parto viene posta dal Ginecologo Ostetrico in base ad eventuali condizioni materne o fetali che possano rendere difficoltoso il parto per via

vaginale. Anche la analgesia del parto (anestesia epidurale) non è controindicata in maniera assoluta, pertanto le pazienti con malattie reumatiche potranno accedervi previo consulto con il Ginecologo e con l'Anestesista.

- La malattia reumatica può riacutizzarsi nelle settimane/mesi successivi al parto. Pertanto, è importante che la paziente effettui delle regolari visite di controllo e che contatti il proprio Reumatologo in caso di sintomatologia attiva. In ogni caso, incontrare il proprio Reumatologo dopo il parto è utile per rinnovare le indicazioni sull'utilizzo di farmaci in allattamento e per discutere l'eventuale desiderio di utilizzare un metodo contraccettivo.

LA CRESCITA DEI FIGLI: DALLE DIFFICOLTÀ "PRATICHE" ALLE PREOCCUPAZIONI PER LA SALUTE

- Le pazienti con malattie reumatiche possono incontrare delle oggettive difficoltà nella gestione "pratica" di un neonato e di un bambino nel corso della crescita. Questo può accadere per vari motivi, ma in particolare per l'interessamento articolare della malattia che rende difficoltoso lo svolgimento delle quotidiane attività di accudimento. Delegare alcuni compiti di accudimento o, in generale, "farsi aiutare" da altre persone, appartenenti o meno al nucleo familiare, non vuol dire non essere delle "buone madri". Ogni paziente è consapevole dell'impatto che la propria malattia può avere sulla quotidianità e potrà pertanto esprimere le proprie necessità in merito alla rete di supporto che le potrà consentire di vivere serenamente le prime fasi della maternità e di poter continuare a sottoporsi a controlli medici e terapie. Inoltre, il confronto con le altre pazienti che stanno attraversando la stessa esperienza della maternità potrà essere una piattaforma di scambio per consigli e strategie di intervento.
- Per quanto concerne l'aspettativa di vita, non vi sono evidenze che le donne affette da una malattia reumatica, che venga diagnosticata e trattata con tempistiche e modalità congrue, abbiano una aspettativa di vita inferiore rispetto alla popolazione generale. In ogni caso, nessun bambino nasce con la certezza di poter avere accanto i propri genitori durante tutto il percorso di crescita. Pertanto, la aspettativa di vita delle pazienti con malattie reumatiche non sembra essere una argomentazione concreta per sconsigliare la procreazione.
- Non vi sono evidenze scientifiche che dimostrino come i figli delle pazienti con malattie reumatiche siano maggiormente affetti da malattie autoimmuni/infiammatorie, in particolare dalla stessa malattia di cui è portatrice la madre. Una recente indagine che ha coinvolto 24 Centri di Reumatologia a livello italiano ha fornito dati rassicuranti sullo stato di salute a medio-lungo termine dei figli di pazienti con malattie reumatiche (età media al momento dell'indagine: 17 anni). È emerso che 12 su 320 bambini (3,7%) avessero ricevuto una diagnosi di malattia autoimmune/infiammatoria. La maggior parte di queste condizioni era costituita da malattie organo-specifiche come celiachia, tiroidite autoimmune e diabete mellito di tipo 1, dunque malattie non coincidenti con quella della madre.

Compatibilità di utilizzo in gravidanza e allattamento di farmaci indicati nelle malattie reumatiche

Gravidanza

**Methotrexate • Ciclofosfamide
Micofenolato mofetile**



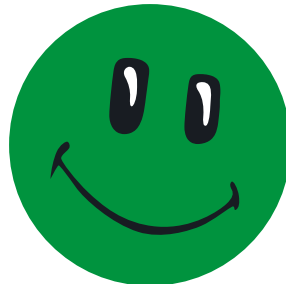
**Methotrexate • Leflunomide
Ciclofosfamide • Micofenolato mofetile**

**Leflunomide
Farmaci Biotecnologici diversi da anti-TNFalfa***



**Farmaci Biotecnologici
diversi da anti-TNFalfa****

**Cortisone • Farmaci anti-Infiammatori non steroidei
(fino alla 32^a settimana) • Inibitori selettivi
della COX-2 • Idrossiclorochina • Clorochina •
Azatioprina • Ciclosporina-A • Sulfasalazina
Colchicina • Immunoglobuline endovena
Farmaci biotecnologici anti-TNFalfa**



**Cortisone • Farmaci anti-infiammatori non steroidei
Celecoxib (unico inibitore selettivo della COX-2
per cui esistono dati di sicurezza in allattamento)
Idrossiclorochina • Clorochina • Azatioprina • Ciclosporina-A
Sulfasalazina • Colchicina • Immunoglobuline endovena
Farmaci biotecnologici anti-TNFalfa**

Allattamento

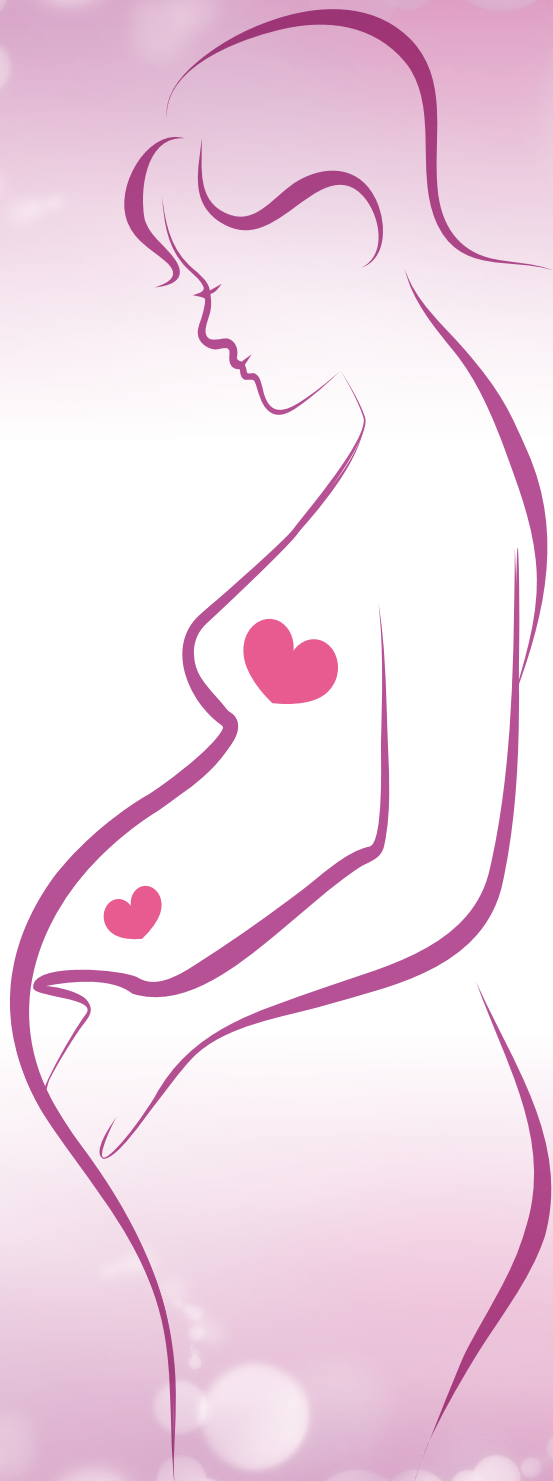
*La struttura molecolare di molti di questi farmaci (anticorpi monoclonali) suggerisce che il loro passaggio attraverso la placenta possa essere virtualmente assente fino al secondo trimestre a causa della "immaturità" della placenta. In linea teorica, ricevere questi farmaci durante il primo trimestre non dovrebbe determinare effetti sul feto. Pertanto, il loro utilizzo può essere valutato se altre opzioni terapeutiche non risultassero indicate o percorribili.

**Questi farmaci sono molecole proteiche di grosse dimensioni e dunque dotate di scarse possibilità di passaggio nel latte materno. Anche qualora fosse presente nel latte materno, il farmaco verrebbe degradato nell'apparato digerente del neonato con impossibilità di assorbimento. Pertanto, la possibilità di allattare in corso di terapia può essere discussa.

La visita preconcezionale è importante per identificare i fattori che possono influire negativamente sulla gravidanza e per stabilire un adeguato trattamento in corso di gravidanza.

Pianificare la gravidanza in un momento di remissione stabile della malattia è il presupposto fondamentale per il buon esito della gravidanza stessa.

L'utilizzo di un farmaco in corso di gravidanza viene sconsigliato spesso per mancanza di dati, non per evidenze certe di danno sul feto.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Ostensen M, Andreoli L, Brucato A, et al. State of the art: Reproduction and pregnancy in rheumatic diseases. *Autoimmunity reviews*. 2015;14: 376-86.
2. Ostensen M. The use of biologics in pregnant patients with rheumatic disease. *Expert review of clinical pharmacology*. 2017: 1-9.
3. Gotestam Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A, et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Annals of the rheumatic diseases*. 2016; 75: 795-810.
4. Flint J, Panchal S, Hurrell A, et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2016; 55: 1693-7.
5. Flint J, Panchal S, Hurrell A, et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part II: analgesics and other drugs used in rheumatology practice. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2016; 55: 1698-702.
6. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Annals of the rheumatic diseases*. 2017; 76: 476-85.
7. Kavanaugh A, Cush JJ, Ahmed MS, et al. Proceedings from the American College of Rheumatology Reproductive Health Summit: the management of fertility, pregnancy, and lactation in women with autoimmune and systemic inflammatory diseases. *Arthritis care & research*. 2015; 67: 313-25.

Per scaricare la versione stampabile in A4 del leaflet cliccare <https://goo.gl/tFWr5B>



Contatto per informazioni:

Segreteria della Società Italiana di Reumatologia
segreteria.sir@reumatologia.it