

### Presidio ospedaliero di Ravenna Santa Maria delle Croci

Dipartimento trasversale Salute Donna Infanzia e Adolescenza Ravenna-Lugo

U.O.C Ostetricia e Ginecologia Direttore Dott. Francesco Catania

## **Gravidanza nelle pazienti con sclerosi multipla:**

### **dal preconcezionale al postpartum**

La gestione della gravidanza nelle donne con sclerosi multipla (SM) richiede un approccio multidisciplinare che coinvolge ginecologi, neurologi ed ostetrici, e un'attenta pianificazione preconcezionale e postpartum.

Per quel che concerne la **Fertilità e il concepimento**, la sclerosi multipla non riduce in modo significativo la fertilità nelle donne, al netto di fattori indiretti come età, disabilità severa, depressione o interferenza farmacologica. Le tecniche di **procreazione medicalmente assistita (PMA)** sono inoltre generalmente sicure, anche se alcuni protocolli di stimolazione ovarica possono aumentare temporaneamente l'attività di malattia.

### **Effetto della gravidanza sul decorso della SM:**

**Riduzione delle ricadute durante la gravidanza:** In gravidanza le ricadute si riducono in modo significativo, soprattutto nel terzo trimestre in quanto gli effetti immunologici gravidici comprendono uno shift verso risposte tollerogene, modulazione estrogenica e riduzione dell'infiammazione.

**Aumento delle ricadute nel postpartum:** Il rischio di ricaduta aumenta significativamente nei primi **3–6 mesi** dopo il parto. Studi recenti riportano un incremento del rischio del 30–40% con picco nei primi 3 mesi.

### **Counseling preconcezionale:**

E' estremamente importante, come sottolineato dalle linee guidaECTRIMS/EAN, la necessità di:

- pianificare la gravidanza in fase di stabilità clinica e radiologica,
- valutare RM recente e attività di malattia,
- ottimizzare i fattori di rischio.

### Presidio ospedaliero di Ravenna Santa Maria delle Croci

Dipartimento trasversale Salute Donna Infanzia e Adolescenza Ravenna-Lugo

U.O.C Ostetricia e Ginecologia Direttore Dott. Francesco Catania

## Quali sono le terapie possibili in gravidanza?

Terapie modificanti la malattia (DMT). Terapie con sicurezza ACCETTABILE:

- **Interferoni  $\beta$  (IFN $\beta$ )**
- **Glatiramer acetato (GA)**

Entrambi considerati utilizzabili sino al concepimento e, in casi selezionati, durante la gravidanza

## Terapie con teratogenicità nota o rischio elevato:

- **Teriflunomide:** richiede eliminazione accelerata
- **Fingolimod e S1P modulators:** rischio teratogeno e rischio di rebound severo

## Terapie ad ALTA EFFICACIA:

### Natalizumab

Interromperlo bruscamente aumenta il rischio di rebound.

Può essere mantenuto con protocolli modificati fino al tardo secondo/terzo trimestre, in casi di malattia molto attiva.

Sono stati riportati anemia neonatale e trombocitopenia.

### Anti-CD20 (rituximab, ocrelizumab)

Strategia: dose 3–6 mesi prima del concepimento per mantenere protezione materna riducendo esposizione fetale.

## Gravidanza, parto e anestesia:

La SM **non è indicazione al taglio cesareo**, e la modalità di parto dipende da criteri ostetrici;

l'anestesia epidurale è sicura.

### Presidio ospedaliero di Ravenna Santa Maria delle Croci

Dipartimento trasversale Salute Donna Infanzia e Adolescenza Ravenna-Lugo

U.O.C Ostetricia e Ginecologia Direttore Dott. Francesco Catania

### **Postpartum e allattamento**

Il postpartum è il periodo più critico, con un più alto rischio di ricadute. L'allattamento esclusivo  $\geq 2-4$  mesi può ridurre il rischio. I farmaci compatibili in quest'epoca sono: IFN $\beta$ , GA. Non compatibili: terapie orali, molte terapie monoclonali.

In conclusione la gravidanza nelle pazienti con SM è sicura e, se adeguatamente pianificata, non peggiora la progressione di disabilità nel lungo termine, con attenzione particolare al postpartum.