

# Idiopatická trombocytopenická purpura v těhotenství

Procházková J.<sup>1</sup>, Procházka M.<sup>2</sup>, Papajík T.<sup>1</sup>, Látalová E.<sup>2</sup>, Hluší T.<sup>1</sup>, Ľubušký M.<sup>2</sup>, Neoral Č.<sup>3</sup>, Geierová M.<sup>4</sup>

Hemato-onkologická klinika LF UP a FN v Olomouci<sup>1</sup>  
 Gynekologicko porodnická klinika LF UP a FN v Olomouci<sup>2</sup>  
 I. chirurgická klinika LF UP a FN v Olomouci<sup>3</sup>  
 Ústav patologie LF UP a FN v Olomouci<sup>4</sup>



**Idiopatická trombocytopenická purpura (ITP)** je trombocytopenie vyvolaná zvýšenou sekvestrací a destrukcí trombocytů ve slezině v důsledku jejich imunologické alterace (autoprotilátkami nebo imunitními komplexy). V těhotenství se vyskytuje poměrně vzácně (1-2 případy /10 000 těhotenství). ITP v těhotenství představuje riziko jak pro matku, tak pro plod. Imunoglobuliny namířené proti povrchovým destičkovým antigenům se svým Fc fragmentem váží na specifické receptory placenty, pronikají do fetálního oběhu a mohou vyvolat těžké krvácení u plodu, především intrakraniální.

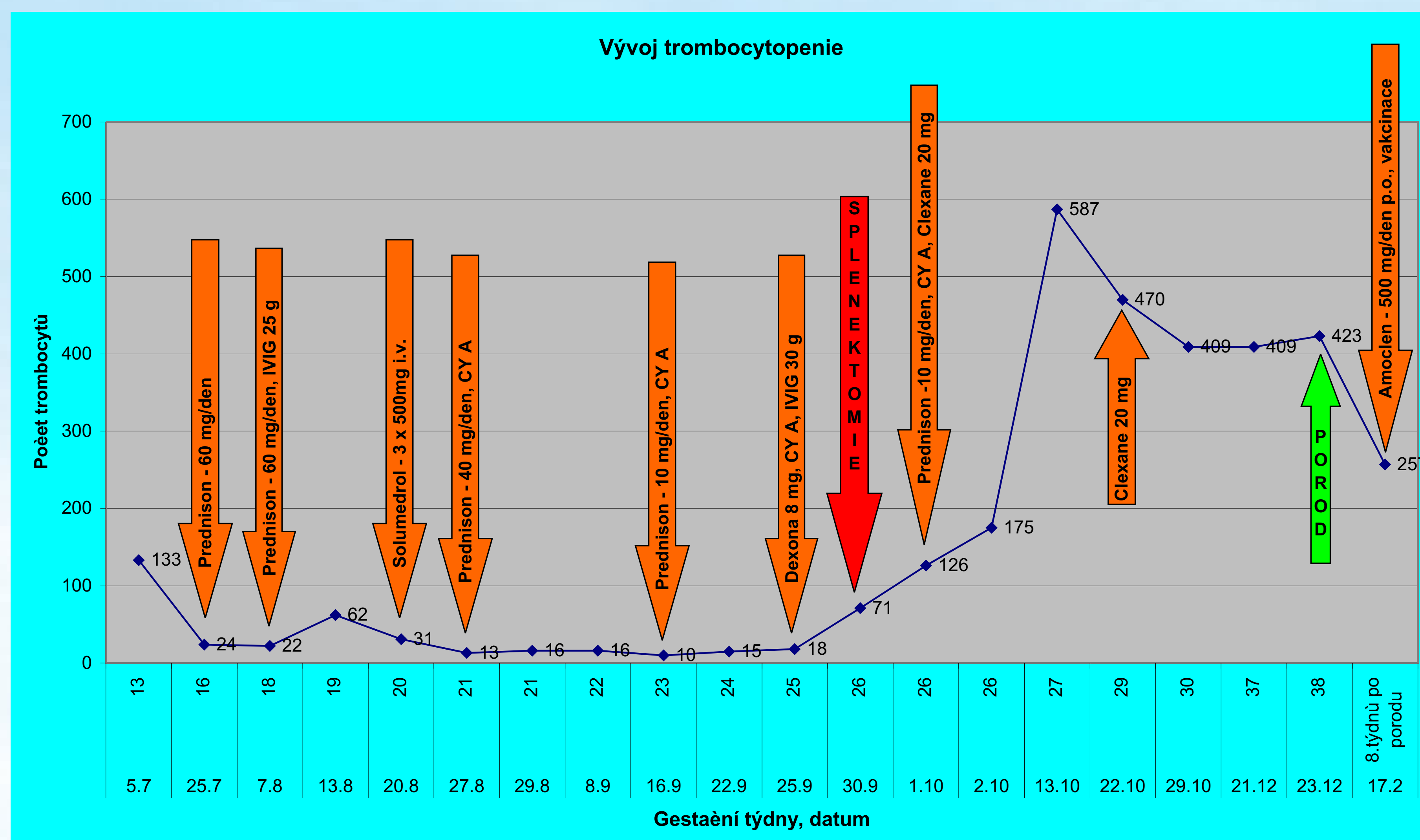
V prenatální péči přistupujeme ke každé těhotné individuálně. Pacientky s počtem trombocytů  $>50 \times 10^9$  bez přídatné koagulační poruchy a krvácivých projevů nevyžadují terapii. Kortikosteroidy představují účinnou terapii, v graviditě je však jejich dlouhodobá aplikace nevhodná vzhledem ke zvýšenému riziku preeklampsie, gestačního diabetu a postpartální psychózy. Naproti tomu obávané riziko suprese nadledvinkových funkcí plodu je při podávání prednisolonu či hydrocortisonu minimální, neboť 90% farmaka se metabolizuje v placentě. Intravenózní imunoglobuliny výrazným způsobem zlepšily prognózu těhotných s ITP. Dávkovací schémata bývají různá, např. 0,4 g/kg 5 dnů po sobě či 1g/kg podaných během 8 hodin. U refrakterních forem lze v indikovaných případech

použít i další léky, které jsou pro nedostatek zkušeností s jejich podáváním v graviditě relativně kontraindikované (azathioprin, cyklosporin A).

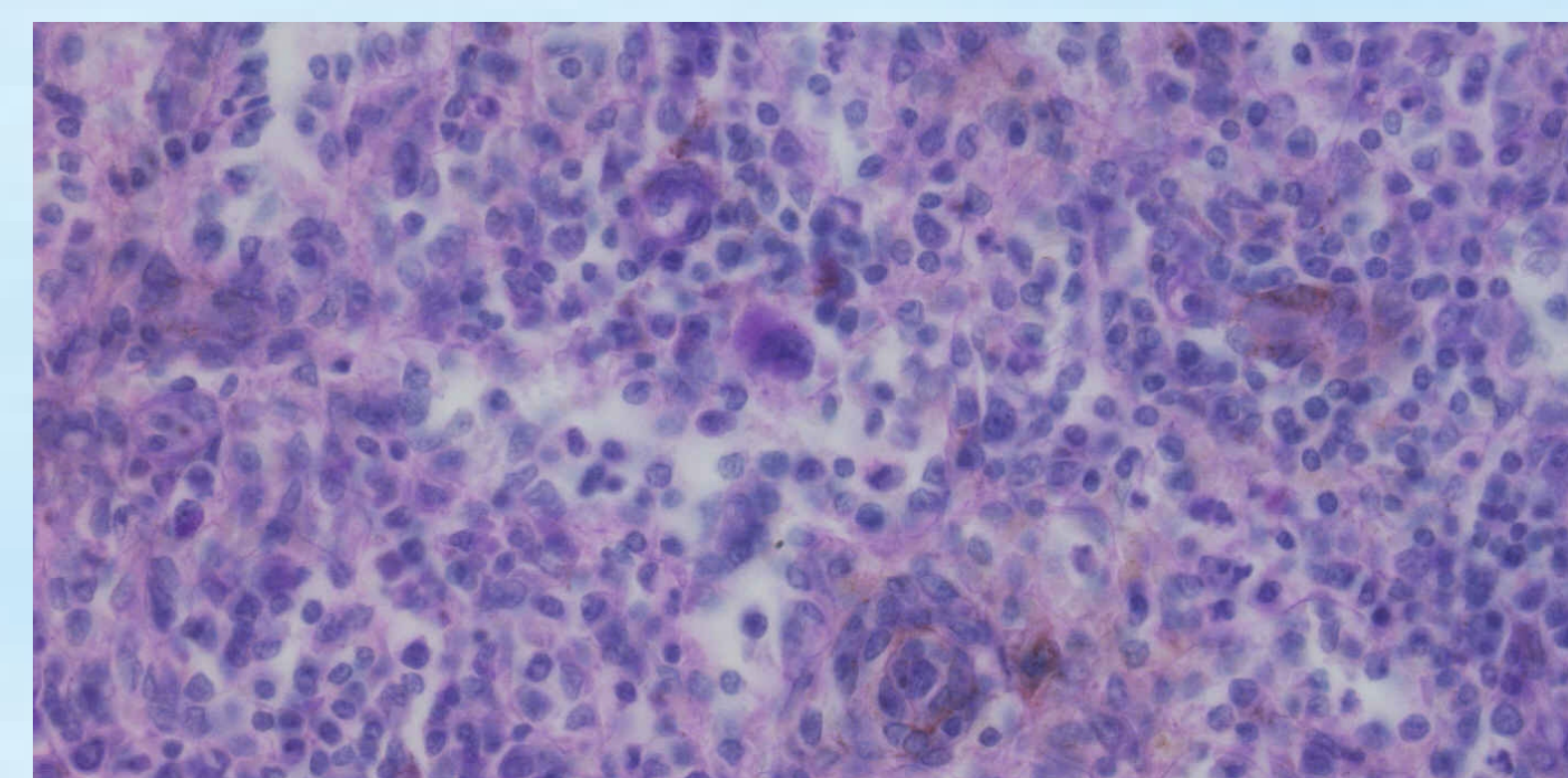
Splenektomie přináší dlouhodobý léčebný efekt a remisi choroby u 60-80% pacientů, je ovšem spojena s nezanedbatelným rizikem peroperačních komplikací a potratů. Proto je v graviditě indikována až po selhání konzervativní terapie, nejlépe ve II. trimestru, a to za použití profylaktické ATB léčby, tokolýzy a dalších preventivních opatření.

**Prezentujeme případ** pacientky s ITP, MAIPA +, (pozitivní anti GP Ia/IIa, anti IIb/IIIa, negat. Ig/IX) na začátku těhotenství. Choroba byla zcela rezistentní na farmakoterapii kortikoidy včetně jejich kombinace s cyklosporinem A. Vysoké dávky intravenózních imunoglobulinů (IVIg) přinesly pouze několikadenní efekt. Z tohoto důvodu jsme přistoupili na začátku III. trimestru po přípravě IVIG ke splenektomii. Operace i perioperační období proběhlo bez komplikací, výkon navodil remisi onemocnění, trvajícím dosud. Krátké období postsplenektomické trombocytózy bylo pokryto profylaktickými dávkami LMWH.

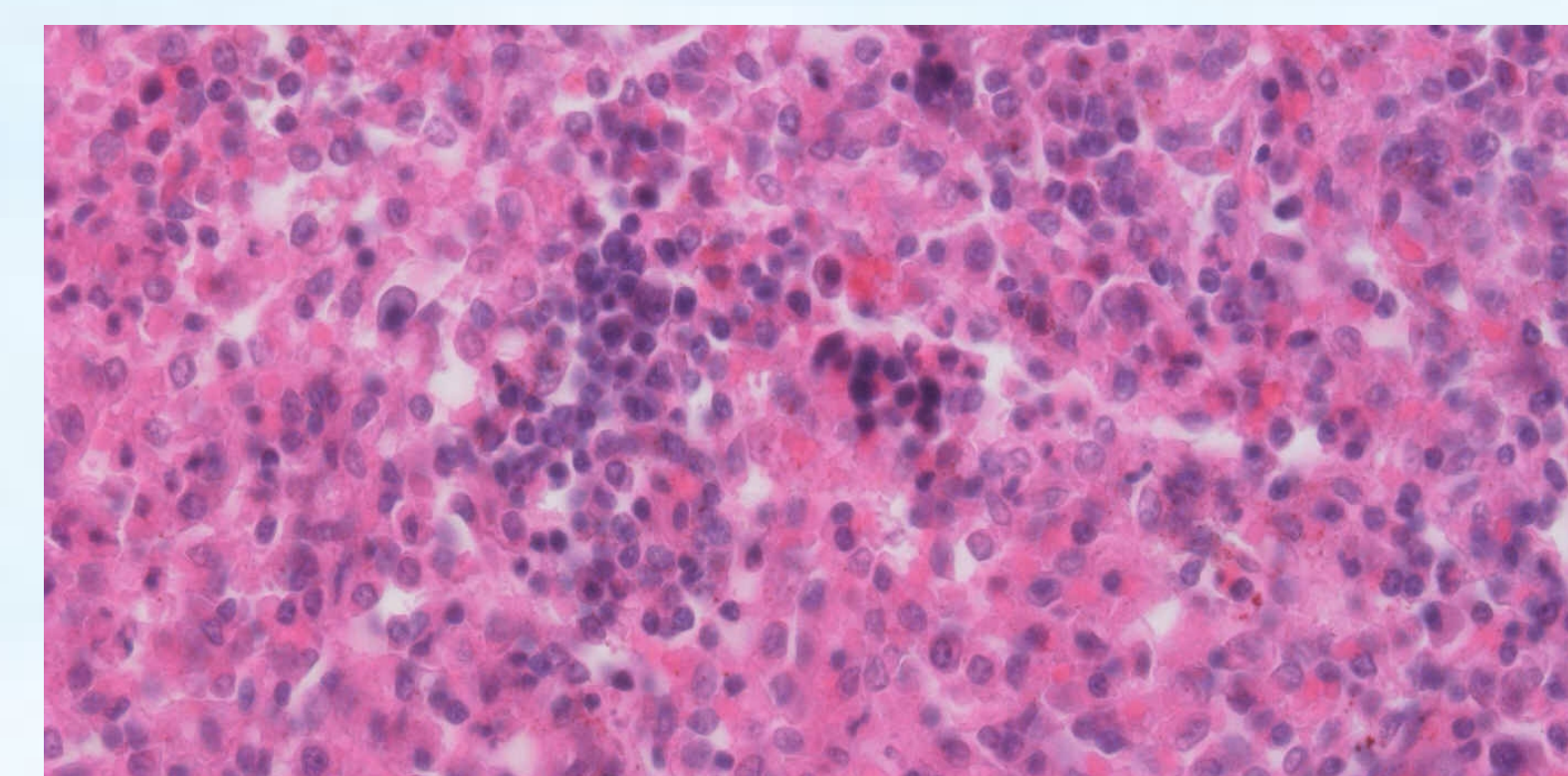
Porod zdravého novorozence proběhl v termínu, císařským řezem, bez komplikací. Hodnoty trombocytů, terapeutické zásahy a jejich efekt jsou demonstrovány v grafu.



**Histologie sleziny - extramedulární hematopoéza**



Megakaryocyty, PAS 400 x



Hnizdo erytroblastů, HE 400 x