

## הריון ואפילפסיה

### **אם אני נכנסת להריון, מה הסיכויים שלי ללדת תינוק בריא?**

הסיכויים שלך ללדת תינוק בריא הם מצוינים - יותר מ-90%. אולם, קיימים סיכונים מוגברים עבור נשים עם אפילפסיה שכדאי שתשקלי במידת האפשר לפני הכניסה להריון. גם הנירולוג וגם הגניקולוג שלך צריכים להיות מעורבים בהחלטה על התרופות האנטי אפילפטיות שאת נוטלת, ולשקול הורדה במינון או החלפת תרופות לפני תחילת ההריון.

### **האם נשים עם אפילפסיה מתקשות להיכנס להריון?**

באופן כללי, לנשים עם אפילפסיה יש פחות ילדים מלנשים אחרות. הנתון יכול להיות תוצאה של בחירה אישית, אך מחקרים הראו כי לנשים עם אפילפסיה יש יותר דימומים לא סדירים ובעיות גניקולוגיות אחרות העשויות להשפיע על הפוריות. שוב, חשוב שתדברי עם הגניקולוג והנירולוג על מנת להיות בטוחה שהנושאים הללו מקבלים את תשומת הלב הראויה.

### **מה עלי לעשות בכדי להיות מוכנה לכניסה להריון?**

על כל הנשים הנכנסות להריון להיות במצב בריאותי טוב, ולהקדיש תשומת לב לתזונה שלהן לפני ובמהלך ההריון. לוח זמנים רגיל, עם מספיק התעמלות ומנוחה, ישמור עליך כשירה פיזית ויסייע לך להתמודד עם לחץ. חשוב ליטול ויטמינים וחומצה פולית (עפ"י הוראת הרופא) לפני ובמהלך ההריון בכדי להקטין את הסיכון לפגמים מולדים. כיוון שרבים מהפגמים הללו יכולים להתפתח בשלבים המוקדמים של ההריון (לפעמים לפני שתדעי שאת בהריון) יהיה זה נכון להתחיל ליטול חומצה פולית לפני הכניסה להריון. בדקי עם הרופא מה יהיה המינון הנכון. את יכולה לבקש מהרופא הפנייה לרופא גנטיקה שיעזור לך להעריך את הסיכונים לתינוק על פי האפילפסיה שלך, התרופות שאת נוטלת ותכונות נרכשות אחרות הנמצאות במשפחתך.

### **איך ההריון יכול להשפיע על ההתקפים?**

רוב הנשים לא יחוו שינוי בהתקפים. בין רבע לשליש מהנשים עם אפילפסיה שיכנסו להריון יחוו יותר התקפים במהלך ההריון למרות ההקפדה על נטילת התרופות. במהלך ההריון רמת התרופה בדמך יכולה להשתנות, דבר שיביא לסיכון מוגבר להתקפים. יתכן ויהיה צורך שהרופא שלך יבדוק את רמת התרופה בדמך באופן תכוף יותר ולעיתים אף לשנות את המינון. החודשיים הראשונים שלאחר הלידה הינם עוד תקופה בה ההורמונים והגוף שלך משתנים, ומשפיעים על רמת התרופה בדם. בררי עם הרופא או האחיות לגבי בדיקות נוספות שאפשר לבצע.

### **האם זה נכון שהתרופות שאני נוטלת יכולות להשפיע על התינוק?**

כן, יכול להיות סיכון מוגבר כלשהו לילדים לנשים עם אפילפסיה הנוטלות תרופות נגד התקפים. באוכלוסייה הכללית קיים סיכון של 2% עד 3% לפגמים מולדים, ובנשים עם אפילפסיה הסיכון מוגבר ל-4% עד 8%. באופן כללי, הסיכון גובר אם האישה נוטלת יותר מתרופה אחת, במיוחד במינונים גבוהים. אך קיימים סיכונים אחרים, לאם ולתינוק, מהתקפים שאינם נשלטים. רוב הנשים עם אפילפסיה צריכות להמשיך ליטול את התרופות שלהן, ובמידת האפשר, ליטול תרופה בודדת במינון הנמוך ביותר המספק שליטה בהתקפים. חשוב לעבוד יחד עם הצוות הרפואי בקשר לתרופות במהלך ההריון. זכרי, לעולם אל תפסיקי לקחת את התרופה או לשנות את המינון ללא התייעצות והשגחה של רופא. חשוב לזכור כי גם עם השכיחות הגבוהה יותר של פגמים מולדים, לנשים עם אפילפסיה הנכנסות להריון יש סיכוי של יותר מ-90% ללדת תינוק בריא.

### **איזה פגמים מולדים עלולים להיות לתינוק שלי?**

פגמים מולדים מופיעים בשכיחות גבוהה יותר אצל נשים עם אפילפסיה. לדוגמה שפה או חך שסועים, פגמים בלב, ובעיות נוירולוגיות כמו שינויים אנטומיים בעמוד השדרה. לעיתים יש צורך בניתוח על מנת לטפל בבעיות, אך יתכן וגם אז לא יהיה אפשר "לתקן" לגמרי את הבעיה. פגמים מולדים אחרים נחשבים מינוריים, ובעיקר משפיעים על המראה של התינוק בלבד. יכולים להופיע עיניים רחוקות זו מזו, שפה עליונה קצרה, או שינויים מזעריים בצורת האצבעות והציפורניים. השינויים הקטנים הללו לא יוצרים סכנה כלשהי. ישנם מחקרים המצביעים על כך שלנשים עם אפילפסיה יש סיכון גבוה יותר ללדת ילדים עם ראש קטן יותר, עיכובים בהתפתחות או פיגור שכלי, מאשר כלל הנשים באוכלוסייה, אך מחקרים אחרים אינם תומכים בממצאים אלה. אנו לא יכולים לומר האם הגורם לכך הוא ההתקפים של האם, התרופות האנטי אפילפטיות, או פקטורים אחרים הקשורים לאפילפסיה.

### **האם תרופות אנטי אפילפטיות מסוימות מסוכנות יותר לתינוק מאחרות?**

כל התרופות הנמצאות בשימוש נגד התקפים נמצאו קשורות לפגמים מולדים, למרות שקיימות תרופות חדשות שעדיין לא נעשה בהן שימוש רחב מספיק על מנת שנוכל להגדיר את רמת ההשפעה שלהן על התפתחות הילד. נמצא כי Valporic acid (Depaken, Depakote) וגם Carbamazepine (Tegratol, Carbatrol) קשורים להיווצרות של השינויים האנטומיים בעמוד השדרה. על פי הממצאים במחקרים האחרונים, הסיכון עם Valporic acid נראה גדול יותר (1% עד 2%) מאשר עם Carbamazepine (0.5%). חשוב להבין כי רוב הנשים הנוטלות את התרופות באופן מסודר יולדות תינוקות ללא שינויים בעמוד השדרה או פגמים מולדים אחרים. נטילת חומצה פולית לפני ובמהלך ההיריון יכולה להקטין את הסיכון.

### **האם עליי להפסיק לנטול את התרופות האנטי אפילפטיות לפני שאני נכנסת להריון?**

זו החלטה מורכבת. הריון ללא התרופות האנטי אפילפטיות יכול להקטין כמה מהסיכונים לתינוק. במידה ולא היו לאישה התקפים מזה שנים רבות, ניתן לנסות יחד עם הרופא להפחית בהדרגה את המינון לפני הכניסה להריון. אך זכרי, לעולם אין להפסיק את התרופות להתקפים ללא עצתו וליוויו של הרופא. באותה מידה, התקפים מהווים סיכון רציני עבור האם והעובר. התקפים יכולים לגרום להפלה או לאספקת חמצן לקויה לתינוק, להריון לא תקין וללידת עובר מת. עבור רוב הנשים עם אפילפסיה, המשך נטילת התרופות מהווה סיכון נמוך יותר לבריאותן ולבריאות התינוק מאשר הפסקתן. ברוב המקרים, תרופה בודדת הניטלת במינון הקטן ביותר המאפשר שליטה בהתקפים מהווה את האופציה הטובה ביותר.

### **האם יש בעיות אחרות שעלי לשקול חוץ מהאפילפסיה?**

כן, לנשים עם אפילפסיה יש יותר סיכוי לבחילות בוקר ודימומים וגינאליים במהלך ההיריון. קיים סיכון מוגבר ללידה מוקדמת, לעיתים הלידה אינה מתקדמת באופן נורמאלי, ונשים עם אפילפסיה זקוקות לניתוח קיסרי בשכיחות גבוהה יותר מאשר שאר הנשים. קיים סיכון קטן שהתינוק יפתח דימום ב-24 שעות הראשונות לאחר הלידה, ולנשים עם אפילפסיה לרוב מספקים תוספי ויטמין K במשך החודש האחרון של ההיריון על מנת להימנע מכך.

### **אני לא חושבת שאהיה מסוגלת לטפל בילד עם מוגבלות. מה אני יכולה לעשות?**

אם יש לך דאגות בקשר להריון, בקשי מהרופא הפנייה למומחה בהפרעות גנטיות. יעוץ גנטי יכול לעזור בהערכת הסיכונים האפשריים. ניתן לבצע בדיקות כגון אולטרא סאונד ואמינוציטזיס, היכולות לאבחן סוגים מסוימים של פגמים מולדים. אם התוצאות יראו חוסר נורמאליות הרופא יכול ליעץ בקשר לפתרונות אפשריים. בכל מקרה, כבכל הריון, ישנם מצבים שאין ביכולתנו לחזות מראש.

### **איפה אפשר למצוא עוד מידע נוסף על הריון אצל נשים עם אפילפסיה?**

[www.epilepsyfoundation.org](http://www.epilepsyfoundation.org)

מקורו של המידע המובא כאן באגודה האמריקאית לאפילפסיה. הידע הרפואי הקיים משתנה ומתעדכן תכופות, ועליך להתייעץ עם הרופא שלך לגבי ההתפתחויות האחרונות בתחום. המאמר אינו מהווה יעוץ רפואי. אין לשנות את המינונים או להחליף את התרופות ללא התייעצות לגבי מצבך המיוחד.

מתוך "נשים ואפילפסיה" של האגודה האמריקאית לאפילפסיה, 2001. תרגום: בן אבינר.