

# Miastenia in gravidanza

A cura della Dott.ssa Elisa Albertini

UOC Neurologia Ospedale di Piove di Sacco PD



Associazione Miastenia ODV  
[www.assmiastenia.it](http://www.assmiastenia.it)  
[segreteria@assmiastenia.it](mailto:segreteria@assmiastenia.it)

## Sommario

Introduzione .....	3
Miastenia e gravidanza: cosa sapere.....	3
Pianificazione della gravidanza.....	3
Terapie e farmaci.....	5
Parto e post-parto .....	5
Conclusioni .....	6

## Introduzione

Essere mamma è un sogno che molte donne coltivano. Ma quando si vive con la miastenia, questo desiderio può essere accompagnato da dubbi e paure. Questa guida è nata proprio per te, giovane donna che sogna di diventare madre e che cerca risposte chiare e rassicuranti. Vogliamo accompagnarti in questo percorso, fornendoti le informazioni necessarie per affrontare la gravidanza con serenità e consapevolezza.

## Miastenia e gravidanza: cosa sapere

Parlare di miastenia gravis nel contesto della gravidanza significa affrontare un tema di nicchia che non riguarda tutte le tipologie di pazienti, ma che è particolarmente rilevante per una categoria specifica: le donne in età fertile. Questo argomento è importante da trattare non solo per le implicazioni cliniche, ma anche per il suo impatto sulla qualità della vita e sulla pianificazione familiare delle pazienti. Approfondiamo insieme le principali caratteristiche di questa malattia e le sue connessioni con la fertilità e la gravidanza.

La miastenia gravis è una malattia autoimmune caratterizzata da debolezza muscolare fluttuante, dovuta a un'alterazione della trasmissione neuromuscolare. Come sappiamo, l'incidenza è maggiore nelle donne tra i 20 e i 30 anni, ovvero in un periodo cruciale della loro vita riproduttiva. Questo rende necessario un approfondimento specifico sulla gestione della malattia in relazione alla gravidanza.

Un aspetto fondamentale da sottolineare è che la miastenia non compromette la fertilità, né negli uomini né nelle donne. Le pazienti affette da miastenia possono quindi pianificare una gravidanza, ma è cruciale che siano informate e supportate da un team medico multidisciplinare.

La miastenia non è una malattia ereditaria, quindi non viene trasmessa alla prole. Si tratta di una malattia autoimmune, e ciò che può essere trasmesso è una predisposizione allo sviluppo di malattie autoimmuni, ma non la malattia stessa.

Come tutte le malattie autoimmuni, la miastenia è una condizione cronica. Tuttavia, con un adeguato controllo e una terapia mirata, è possibile gestire i sintomi e migliorare la qualità della vita. L'obiettivo principale del trattamento è permettere alle persone affette dalla malattia di condurre una quotidianità il più normale possibile, o quantomeno di avvicinarsi a questo obiettivo.

## Pianificazione della gravidanza

Quando una donna desidera intraprendere o programmare una gravidanza, è fondamentale una pianificazione attenta. L'ideale è discutere questo desiderio con il medico per poter adeguare la terapia in modo sicuro. Non tutte le terapie sono compatibili con la gravidanza: alcune sono preferibili rispetto ad altre, mentre alcune sono sicure ed efficaci anche per il nascituro.

È consigliabile, inoltre, un periodo di stabilizzazione clinica di almeno sei mesi. Nel 70-80% dei casi, le donne con miastenia che restano incinte hanno una condizione di stazionarietà della malattia o, in alcuni casi, un miglioramento clinico. Pertanto, non è detto che la gravidanza debba necessariamente peggiorare i sintomi.

Anche se l'ideale sarebbe partire con una condizione di stabilità, se la gravidanza inizia quando la malattia non è sotto un buon controllo, questo non è un fattore predittivo di un peggioramento della patologia. In altre parole, non è detto che, se la condizione iniziale non è ottimale, la malattia evolverà negativamente.

I dati della letteratura indicano che un terzo delle pazienti con miastenia può sperimentare un peggioramento durante la gravidanza, mentre un altro terzo mostra un miglioramento, specialmente nel periodo postpartum, e un terzo rimane stazionario. Tuttavia, il decorso a lungo termine della malattia non è influenzato dalla gravidanza. In uno studio epidemiologico ampio, l'unica complicanza correlata alla gravidanza nelle donne miasteniche è la rottura prematura del sacco amniotico, mentre non si registra un aumento degli aborti spontanei.

Un altro aspetto da considerare è l'aumento delle dimensioni del feto durante la gravidanza, che può essere talvolta attribuito alla terapia steroidea, la quale può causare una macrosomia fetale, ossia un feto di dimensioni superiori alla media. Questo aumento di volume può influire sulla funzionalità respiratoria della madre, poiché l'espansione dell'addome solleva il diaframma, rendendo la respirazione più difficoltosa. Per questo motivo, è importante monitorare attentamente la funzionalità respiratoria, soprattutto nelle fasi finali della gravidanza.

La muscolatura uterina è di tipo liscio, mentre la miastenia colpisce la muscolatura striata, ossia quella volontaria. Pertanto, la muscolatura dell'utero non è coinvolta dalla malattia, e la prima fase del travaglio, che riguarda la muscolatura liscia, si svolge normalmente.



Tuttavia, nella seconda fase del travaglio, quando è richiesta una maggiore partecipazione attiva dei muscoli volontari (muscolatura striata), potrebbe esserci un aumento della debolezza muscolare, richiedendo maggiore attenzione e assistenza per la donna in questa fase.

Anche nel caso in cui la miastenia peggiori durante la gravidanza, esistono terapie efficaci a cui possiamo fare riferimento, come la **plasmaferesi** e le **immunoglobuline**, che offrono un supporto terapeutico molto valido con effetti collaterali minimi.

Per quanto riguarda il neonato, non ci sono evidenze epidemiologiche che suggeriscano un aumento del rischio di sviluppare la miastenia nei bambini di madri miasteniche, poiché la miastenia non è una malattia genetica. Tuttavia, gli anticorpi materni possono attraversare la placenta e essere trasmessi al bambino, con potenziali effetti sulla salute del neonato. In alcuni casi, ciò può provocare debolezza fetale nell'utero, riduzione dei movimenti fetali e, in rari casi, una condizione nota come artrogriposi. Questa condizione può essere monitorata tramite ecografie e, in collaborazione con il ginecologo, si possono adottare misure preventive per evitare complicanze.

Una percentuale di neonati può sviluppare una forma transitoria di miastenia neonatale, causata dal passaggio degli anticorpi materni al bambino. Questa si manifesta con debolezza generalizzata, difficoltà nella suzione, nella deglutizione e, talvolta, problemi respiratori.

Tuttavia, si tratta di una condizione temporanea: gli anticorpi vengono eliminati rapidamente nel corso di alcune settimane, e i sintomi si risolvono spontaneamente nel tempo. È importante, quindi, che durante la gravidanza di una donna miastenica si presti attenzione al neonato per il rischio di miastenia neonatale, che richiede solo una sorveglianza nelle prime ore e giornate dopo la nascita, con una risoluzione spontanea e progressiva.



**Non esiste una correlazione tra la gravità della miastenia durante la gravidanza e la comparsa di miastenia neonatale**, quindi non è possibile prevedere se questa condizione si verificherà.

## Terapie e farmaci

I farmaci in gravidanza: abbiamo esaminato tutte le terapie farmacologiche. È fondamentale pianificare la gravidanza, poiché è importante scegliere i farmaci più indicati, con un rischio teratogeno e un rischio per il feto ridotti al minimo. Se possibile, sarebbe preferibile stabilizzare la condizione clinica e attendere un paio d'anni dall'inizio della diagnosi. Questo perché, nei primi anni, si verifica una stabilizzazione clinica, e posticipare la gravidanza può evitare un peggioramento dei sintomi, permettendo di affrontarla in una condizione stabile e sotto controllo.

La **piridostigmina** e il prednisone sono farmaci di prima scelta, ma in caso di peggioramento clinico, la plasmaferesi e le immunoglobuline sono trattamenti assolutamente efficaci.

Per quanto riguarda i farmaci immunosoppressori e quelli di ultima generazione, il consenso sull'uso di **azatioprina** o ciclosporina non è unanime. Negli Stati Uniti e in Europa esistono visioni discordanti. In effetti, l'azatioprina non è associata a un aumento del rischio di malformazioni fetali, mentre la ciclosporina sì. Pertanto, sarebbe meglio evitarne l'uso e valutare attentamente il rapporto rischio-beneficio, un aspetto sempre cruciale nella gestione terapeutica. Il **micofenolato** e il **metotrexate** sono controindicati in gravidanza a causa del rischio di malformazioni fetali.

Il **Rituximab** attraversa la barriera placentare, ma i dati disponibili in letteratura non sono ancora sufficientemente definitivi.

Per quanto riguarda i nuovi farmaci, l'**Eculizumab**, un anticorpo monoclonale utilizzato per altre patologie (non per la miastenia), è stato studiato in 300 gravidanze, con risultati positivi e senza un aumento del rischio di malformazioni fetali, presentando un buon profilo di sicurezza. Tuttavia, sono necessari studi ulteriori per confermare la sua sicurezza nell'uso durante la gravidanza.

## Parto e post-parto

Il parto naturale è l'obiettivo di ogni gravidanza, di ogni medico e ginecologo. Tuttavia, il parto cesareo non è controindicato e, se necessario, sarà preso in considerazione. Come già sottolineato, la miastenia non interferisce con la prima fase del travaglio. Nella seconda fase,

per supportare la muscolatura volontaria, può essere utilizzata la **piridostigmina** come farmaco al bisogno, come aiuto supplementare.

Non ci sono controindicazioni per l'anestesia loco-regionale, né esistono correlazioni tra il tipo di parto e eventuali peggioramenti della miastenia nel puerperio.

Il post-partum è una fase particolarmente delicata, poiché in questo periodo può verificarsi un peggioramento della miastenia. Pertanto, è fondamentale un controllo più accurato rispetto alla gravidanza nelle 6-8 settimane successive. Infatti, oltre al carico fisico ed emotivo legato alla gravidanza e al parto, la nascita del neonato implica un notevole impegno, riducendo le possibilità di riposo. In questa fase, potrebbe essere necessario rimodulare le terapie, utilizzando i farmaci già discussi. Sebbene alcuni di questi farmaci possano essere secreti nel latte materno, la **piridostigmina** e il **prednisone** sono presenti in quantità talmente basse che possono essere considerate trascurabili. Gli **immunosoppressori**, invece, sono controindicati, poiché possono essere trasferiti in quantità maggiore nel latte materno.

## Conclusioni

Le donne con miastenia possono vivere una maternità piena, soddisfacente e sicura. È importante sottoporsi a controlli regolari prima di intraprendere la gravidanza, programmando la gestazione in modo ottimale, e soprattutto prestando attenzione alla fase post-partum. La terapia deve essere adeguata in base alle condizioni cliniche, considerando eventuali miglioramenti o peggioramenti. Le terapie disponibili sono sicure sia per la madre che per il bambino.



In sintesi, non ci sono controindicazioni a una gravidanza sicura.

**Diventare mamma con la miastenia è assolutamente possibile.**

Con il supporto di una rete medica qualificata, un piano terapeutico personalizzato e la determinazione di realizzare il proprio sogno, molte donne hanno vissuto una gravidanza serena, accogliendo il loro bambino con gioia.

Se hai domande specifiche o desideri maggiori informazioni su come affrontare al meglio la gravidanza

con miastenia, questa guida sarà il tuo punto di riferimento per un viaggio sicuro e consapevole. Non sei sola: insieme possiamo rendere il tuo sogno realtà.