

Ciąża u pacjentki z nadwrażliwością na nasienie męża

Pregnancy in a patient with seminal hypersensitivity

Jędrzejczak Piotr, Pawelczyk Leszek

Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Trzydziestodwuletnia wieloródka z silnie wyrażoną alergią na nasienie męża zgłosiła się z powodu niemożności zajścia w ciążę. W wyniku zastosowanego dopochwowego odczulania mogła odbywać bez przeszkód stosunki płciowe oraz po upływie miesiąca zaszła w ciążę.

Słowa kluczowe: **nadwrażliwość na nasienie / niepłodność / ciąża /**

Abstract

We report a case of a 32-year-old woman with seminal fluid allergy and secondary infertility. She was unable to have unprotected intercourse due to hypersensitivity to the sperm of her spouse. The symptoms started after the delivery of her first child. She was referred to our division for desensitization by means of the intravaginal rush method. The patient was hospitalized for monitoring, and an intravenous line was placed. The first attempt of desensitization was unsuccessful, because of her general hypersensitivity reaction. After the second intravaginal graded challenges, with the use of whole seminal plasma, none of the allergic symptoms appeared. She conceived in a natural way within a month after the treatment.

Intravaginal desensitization is an effective and convenient approach for patients with postcoital hypersensitivity reaction who wish to get pregnancy.

Key words: **seminal fluid allergy / infertility / pregnancy /**

Adres do korespondencji:

Piotr Jędrzejczak
Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu UM w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
e-mail: piotrjedrzejczak@gmail.com

Otrzymano: 9.09.2007

Zaakceptowano do druku: 15.10.2007

Wstęp

Nadwrażliwość na męskie nasienie (NMN) jest rzadko diagnozowanym schorzeniem polegającym na występowaniu lokalnej oraz/lub ogólnej reakcji uczuleniowej występującej w trakcie lub bezpośrednio po stosunku płciowym [1].

Na zespół objawów mogą się składać: uczucie pieczenia i ból w podbrzuszu, zaczerwienienie sromu, uogólniona pokrzywka, świszczący oddech z objawami duszności, mdłości, wymioty, obrzęk twarzy, języka, warg, czy krtani [2].

Warunkiem wystąpienia tej reakcji jest bezpośredni kontakt błony śluzowej pochwy z ejakulatem. Wprawdzie epidemiologia schorzenia nie jest do końca poznana, to przypuszcza się, iż dochodzi do reakcji immunologicznej przeciw antygenom białkowym zawartym w plazmie nasiennej. Stosowanie prezerwatywy podczas stosunku płciowego całkowicie eliminuje występowanie nadwrażliwości u uczulonych kobiet. Nie jest to jednak forma współżycia akceptowana przez wiele par, a szczególnie u tych małżeństw, które planują posiadanie potomstwa.

W prezentowanej pracy przedstawiamy opis przypadku terapii wtórnej niepłodności u trzydziestodwuletniej chorej z rozpozną nadwrażliwością na nasienie męża, u której skutecznie zastosowano dopochwowe leczenie odczulające. Według naszej wiedzy jest to jeden z nielicznych w świecie i pierwszy w Polsce opis wyleczenia takiego schorzenia.

Opis przypadku

Pacjentka W. A. lat 32 zgłosiła się do gabinetu lekarskiego z powodu niemożności zajścia w drugą ciążę. Podstawowym problemem uniemożliwiającym zapłodnienie było współżycie jedynie z zastosowaniem prezerwatyw od trzech lat, z uwagi na występowanie silnych objawów uczuleniowych po każdym stosunku płciowym, bez zabezpieczenia.

Pacjentka rozpoczęła kontakty seksualne w wieku 19 lat. W trakcie współżycia trwającego 10 lat z pierwszym partnerem nie zanotowała jakichkolwiek niekorzystnych reakcji. Następnie współżyła przez okres kilku miesięcy kolejno z 2 partnerami, bez problemów.

Z mężem (czwartym partnerem) po upływie trzech miesięcy zaszła w ciążę. Podczas pierwszych miesięcy ciąży sporadycznie zaczęły się pojawiać odczucia pieczenia w pochwie, bezpośrednio po każdym stosunku. Objawy nasiliły się znacznie po porodzie w roku 2003. Kobieta stopniowo po każdym kontakcie seksualnym odczuwała pieczenie w pochwie, zaczerwienienie skóry wokół sromu, objawy wysypki na całym ciele i duszności. Kilukrotnie wystąpiły u chorej objawy wstrząsu anafilaktycznego wymagającego natychmiastowej interwencji lekarskiej, co spowodowało zaniechanie kontaktów płciowych bez zabezpieczenia. Pacjentka nie odczuwała żadnych negatywnych objawów podczas stosunków z zastosowaniem prezerwatywy. Była kobietą zdrową, jedynie przeprowadzone testy alergiczne wykazały uczulenie na grzyby pleśniowe oraz mleko.

W dniu 2 marca 2007 roku przyjęto chorą do Kliniki Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu UM w Poznaniu celem odczulania dopochwowego nasieniem partnera. Przeprowadzono to według metody opisanej przez Matloff, w modyfikacji własnej [3].

W skrócie procedura przedstawiała się następująco: pełne nasienie męża, po upłynięciu, rozcieńczono w medium inseminacyjnym (Sil-Select Plus Washing Medium, Ferti-Pro, Belgia) w proporcjach: 1:100000; 1:10000; 1:1000; 1:100; 1:10; 1:2. Ostatnią porcję stanowił ejakulat nie rozcieńczony. Pacjentce, po założeniu wziernika dopochwowego podawano do sklepienia tylnego po 2ml uzyskanej mieszaniny we wzrastających stężeniach ejakulatu, w odstępach co 25 minut, nie obserwując żadnych powikłań.

Zabieg wykonywano w zabezpieczeniu przeciwwstrząsowym, w obecności anestezjologa, dokładnie monitorując stan chorej. Po upływie 3 minut od podania 2ml pełnego nasienia, u pacjentki pojawiły się objawy duszności oraz silnego świądu skóry. Natychmiast podano dożylnie roztwór 100mg hydrokortyzonu oraz 1g preparatu jonów wapnia. W ciągu kilku minut nastąpiła normalizacja stanu pacjentki i po upływie 2 godzin chora została wypisana ze szpitala.

Pacjentkę ponownie przyjęto do kliniki po 3 dniach z zamiarem kontynuacji odczulania. Tym razem rozpoczęto desensybilizacją od rozcieńczenia 1:100, następnie 1:10, 1:2 w odstępach co 25 minut i na koniec podano nasienie pełne. Nie zanotowano żadnych objawów ubocznych. Po upływie kolejnych dwóch dni chorej podano do sklepienia tylnego pochwy 2 ml pełnego nasienia męża, również nie odnotowując żadnej reakcji. Kobięcie poradzono, aby kontynuowała współżycie bez protekcji minimum 2 razy w tygodniu.

W następnych dniach pacjentka nie skarżyła się na występowanie jakichkolwiek problemów podczas stosunków. Po pięciu tygodniach zaszła samoistnie w ciążę.

Dyskusja

Uważa się, że pierwszego opisu uczulenia na nasienie męskie dokonał holenderski ginekolog J. Specken w roku 1958 [4].

Wprawdzie w dotychczasowym piśmiennictwie medycznym opisano tylko kilkadziesiąt przypadków występowania alergii na nasienie męża, to ostatnie dane ze Stanów Zjednoczonych przemawiają za znacznie częstszym rozpowszechnieniem tego schorzenia [5]. Sugeruje się, że nawet do 12% kobiet może w różnym nasileniu spełniać kryteria lokalnej lub uogólnionej reakcji nadwrażliwości na ejakulat męski [5]. Wynika to przede wszystkim z trudności w rozpoznaniu tej jednostki chorobowej i jej niejednorodnej symptomatologii.

Różny jest początek pojawienia się tej choroby. Najczęściej wiek wystąpienia pierwszych objawów przypada na trzecią dekadę życia, co również potwierdza opisana przez nas sytuacja kliniczna; bywa jednak, że choroba rozpoczyna się u nastolatka, bądź u kobiet po przekroczeniu pięćdziesiątego roku życia [1].

W nielicznych dotychczasowych opisach tej choroby u większości kobiet pojawienie się pierwszych objawów miało najczęściej miejsce po kontakcie z ejakulatem podczas pierwszego stosunku płciowego [1].

Niektórzy autorzy opisywali występowanie objawów po kilku latach współżycia z tym samym, pierwszym partnerem, a czynnikiem wyzwalającym była ciąża [5].

Zdaniem Bernsteina istotny wpływ na pojawienie się wtedy choroby ma immunomodulujący wpływ ciąży, szczególnie w zakresie czynności komórek supresorowych typu T [5].

Ciąża u pacjentki z nadwrażliwością na nasienie męża.

W opisywanym przez nas przypadku, gdzie u pacjentki po porodzie doszło do zaostrzenia objawów nie można wykluczyć współdziałania takiego czynnika. W niektórych sytuacjach wykazano rodzinne występowanie NMN u matki i córek [1]. Niekiedy pojawienie się choroby wiązano z uczuleniem na konkretnego partnera, innym razem wykazano, że nadwrażliwość pojawia się przy współżyciu z kilkoma partnerami [1].

Cechą niewątpliwie usposabiającą do pojawienia się NMN jest występowanie uczulenia atopowego u partnerki [1, 6]. W prezentowanej sytuacji klinicznej taka zależność również występowała, o czym świadczyły pozytywne skórne testy alergiczne u chorej.

Uważa się, że czynnikiem wyzwalającym reakcję alergiczną w NMN są pewne substancje białkowe pochodzące z gruczołu krokowego, bądź pęcherzyków nasiennych o masie cząsteczkowej pomiędzy 12 a 75kDa [1, 7].

Mechanizm odpowiedzialny za występowanie objawów choroby opiera się na reakcji antygeny z przeciwciałami typu IgE, które powodują degranulację komórek tucznych u uczulonych kobiet. Pociąga to za sobą wydzielanie amin wazoaktywnych, w tym histaminy i reakcję nadwrażliwości w postaci rozszerzenia naczyń, skurczu mięśniówki gładkiej i stymulacji gruczołów wydzielniczych, co może doprowadzić do pojawienia się tak zaawansowanych objawów, jak w prezentowanym przez nas przypadku klinicznym [6].

Należy również zdawać sobie sprawę, że czynnikiem uczulającym mogą być nie tylko proteiny zawarte w ejakulacie, ale także nie tolerowane przez kobiety leki, przyjmowane przez partnera. Metabolity tych preparatów dostają się do ejakulatu, a kobieta może być na nie ekspozycja także podczas stosunku, co może wywołać silną reakcję alergiczną [8].

Jednym z istotnych problemów u kobiet z pełnoobjawowym zespołem NMN jest trudność w uzyskaniu ciąży [9].

Reakcja nadwrażliwości u kobiet będąca konsekwencją współżycia bez zabezpieczenia, uniemożliwia z oczywistych względów koncepcję. Z drugiej strony, obawa przed pęknięciem prezerwatywy i potencjalny kontakt ejakulatu z błoną śluzową pochwy czyni współżycie dla tych par niezwykle stresującym.

W leczeniu niepłodności u kobiet z NMN najbardziej skuteczne są: inseminacja nasieniem homologicznym po odpreparowaniu plemników od składników plazmy nasiennej [9], a w sytuacji braku jej skuteczności zapłodnienie *in vitro* [2], a także immunoterapia [1].

W prezentowanej sytuacji klinicznej nie zdecydowano się na przeprowadzenie inseminacji z uwagi na stosunkowo dużą ingerencję lekarską przy zastosowaniu tej metody [10].

Pomimo sporej skuteczności uzyskania ciąży, terapia ta nie likwiduje też występowania objawów NMN. Celem immunoterapii jest podawanie „antygenów blokujących”, co ma uniemożliwić występowanie reakcji nadwrażliwości [1].

Spośród stosowanych metod immunoterapii jedna z nich polega na podawaniu podskórnie wzrastających dawek frakcji plazmy nasiennej pozbawionych glikoprotein o wysokiej masie cząsteczkowej. Z uwagi na małą dostępność tej metody leczenia, znaczny koszt i uciążliwość [1, 7], posłużono się zmodyfikowanym schematem odczulającym na drodze dopochwowej według Matloffa [3].

Zasada tej formy terapii polega na podawaniu do sklepienia pochwy wzrastających dawek ejakulatu. Nowatorstwo zastosowanej przez nas techniki polegało na tym, że odmiennie od Resnicka przy wystąpieniu objawów uczuleniowych podczas leczenia nie odstąpiono od terapii, lecz powtórzono desensybilizację ponownie po upływie trzech dni [2].

Kolejny kontakt ze wzrastającym stężeniem antygeny zawartego w plazmie nasiennej był wystarczający do wyleczenia pacjentki i zajścia w ciążę w następnym cyklu płciowym. Tym samym potwierdzono, że ta stosunkowo prosta metoda lecznicza jest w pełni efektywna. Jak podkreślają inni autorzy, z czym w pełni się zgadzamy, ta forma terapii cieszy się także pełną akceptacją przez chorą [2, 7].

Pacjentka nasza nie kryła zadowolenia z podniesienia się jej komfortu psychicznego, wynikającego z możliwości wznowienia współżycia z mężem bez protekcji.

Należy pamiętać, że z uwagi na możliwe wystąpienie reakcji anafilaktycznej u chorych podczas desensybilizacji, należy odczulanie dopochwowe prowadzić w pełnym zabezpieczeniu przeciwwstrząsowym. Warunkiem trwałości wyleczenia jest ciągły kontakt ejakulatu z nabłonkiem pochwy, stąd autorzy zalecają odbywanie 2-3 stosunków w tygodniu [2, 7].

Można sądzić, że podczas ciąży warunek ten nie będzie spełniony, stąd istnieje ryzyko powtórzenia się objawów NMN po porodzie. Pomyślne zastosowanie terapii odczulającej daje jednak podstawy do nadziei, że przy potencjalnym nawrocie choroby taka forma terapii okaże się również skuteczna u opisywanej pacjentki.

Wniosek

Dopochwowe odczulanie wzrastającymi dawkami ejakulatu partnera jest skuteczną metodą terapii nadwrażliwości na nasienie męskie.

Piśmiennictwo

- Shah A, Panjabi C. Human seminal plasma allergy: a review of a rare phenomenon. *Clin Exp Allergy*. 2004, 34, 827-838.
- Resnick D, Hatzis D, Kanganis P, [et al.]. The approach to conception for women with seminal plasma protein hypersensitivity. *Am J Reprod Immunol*. 2004, 52, 42-44.
- Matloff S. Local intravaginal desensitization to seminal fluid. *J Allergy Clin Immunol*. 1993, 91, 1230-1231.
- Specken J. A Strange case of allergy in gynecology. *Ned Tijdschr Verloskd Gynaecol*. 1958, 58, 314-318.
- Bernstein J, Perez A, Floyd R, [et al.]. Is burning semen syndrome a variant form of seminal plasma hypersensitivity? *Obstet Gynecol*. 2003, 101, 93-102.
- Weidinger S, Ring J, Kohn FM. IgE-mediated allergy against human seminal plasma. *Chem Immunol Allergy*. 2005, 88, 128-138.
- Park J, Ko S, Kim C, [et al.]. Seminal plasma anaphylaxis: successful pregnancy after intravaginal desensitization and immunodetection of allergens. *Allergy*. 1999, 54, 990-993.
- Butler R, Gupta R. Postcoital allergic reaction in a woman. *J Emerg Med*. 2005, 28, 153-154.
- Shapiro S, Kooistra J, Schwartz D, [et al.]. Induction of pregnancy in a women with seminal plasma allergy. *Fertil Steril*. 1981, 36, 405-407.
- Jędrzejczak P, Pawelczyk L. Wpływ stymulacji cyklu za pomocą FSH na wyniki inseminacji nasieniem homologicznym. *Ginekol Pol*. 1998, 69, 425-429.

REKOMENDACJE

Stanowisko zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy na temat wpływu terapii hormonalnej okresu menopauzalnego na układ sercowo-naczyniowy

Zespół ekspertów

dr hab. med. Danuta Czarnecka

Sekretarz Sekcji Chorób Serca u Kobiet
I Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego Coll. Med. UJ w Krakowie

prof. dr hab. med. Romuald Dębski

Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie

prof. dr hab. med. Zdzisława Kornacewicz-Jach

Przewodnicząca Sekcji Chorób Serca u Kobiet

Klinika Kardiologii PAM w Szczecinie

prof. dr hab. med. Jan Kotarski

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii AM w Lublinie

prof. dr hab. med. Tomasz Paszkowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy

III Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie

prof. dr hab. med. Tomasz Pertyński

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Klinika Menopauzy i Chorób Kobięcych

prof. dr hab. med. Andrzej Rynkiewicz

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

I Katedra i Klinika Kardiologii AM w Gdańsku

dr hab. med. Mirosław Wielgoś

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie

W Europie około 55% kobiet umiera z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Choroba niedokrwienna serca (ChNS) jest główną przyczyną zgonów kobiet po 50 roku życia

Wpływ hormonalnej terapii okresu menopauzalnego na układ sercowo-naczyniowy – przesłanki teoretyczne

Opublikowany we wrześniu 2006 r. konsensus Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia [1] stwierdza m.in., że w porównaniu z mężczyznami zachorowania i zgonu z powodu chorób układu krążenia u kobiet występują później o około 10 lat.

Liczne badania doświadczalne na zwierzętach jak i obserwacje kliniczne potwierdzają korzystne działanie estrogenów na gospodarkę lipidową – ponadto estrogeny wykazują bezpośrednie działanie rozszerzające naczynia tętnicze, podnoszą wrażliwość na insulinę a także wpływają na procesy krzepnięcia [2]. To właśnie kardioprotekcyjne działanie estrogenów w okresie przedmenopauzalnym wydaje się być jednym z czynników odpowiedzialnych za przesunięcie wiekowe u kobiet w zachorowalności na choroby odmiażdżycowe.

Zmniejszenie wydzielania estrogenów w następstwie menopauzy sprzyja zmianom, określanym jako metaboliczny zespół pomenopauzalny. Dodatkowo większa u kobiet niż u mężczyzn skłonność do depresji w tym okresie życia i stres związany ze zjawiskiem tzw. pustego gniazda oraz często mające miejsce w tym okresie życia kobiety pogorszenie jej sytuacji społecznej i materialnej, obniżają jakość życia kobiet i są czynnikami ryzyka rozwoju miażdżycy u kobiet.