



Rycina 10.1. Schemat postępowania w okresie prekoncepcyjnym u kobiet z padaczką.

nie LPP, należy wziąć pod uwagę konieczny czas związany z samym wycofywaniem leku, ale również co najmniej kilkumiesięczny okres oceny stanu pacjentki w celu zminimalizowania ryzyka nawrotu napadów.

Jednak w przypadku większości kobiet kontynuacja leczenia jest konieczna. Ważne jest więc jeszcze w okresie prekoncepcyjnym dostosowanie LPP do rodzaju padaczki i sytuacji zdrowotnej kobiety.

U kobiet z dobrze kontrolowanymi napadami zamiana leku na inny jest rzadko uzasadniona, z wyjątkiem walproinianów (VPA), jeśli jest skuteczna alternatywa. Optymalizacja leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej 6 miesięcy przed zajściem w ciążę. Lek powinien być podawany w najmniejszej skutecznej dawce. Należy unikać nadmiernych da-

wek oraz politerapii, które mogą zaburzyć współczynnik ryzyka do korzyści wynikających z leczenia [12]. Około 20% kobiet zachodzących w ciążę wykazuje oporność na leczenie i może nadal wymagać politerapii [5], chociaż należy dążyć do ograniczenia liczby LPP. W niektórych przypadkach można zrezygnować z pełnej kontroli napadów i zredukować liczbę LPP np. w przypadku pojedynczych napadów mioklonicznych lub napadów częściowych prostych przy wyeliminowaniu napadów uogólnionych. Celem leczenia padaczki w ciąży jest przede wszystkim wyeliminowanie uogólnionych napadów toniczno-klonicznych.

Odstawienie doustnych leków antykoncepcyjnych u kobiet, które przed zajściem w ciążę przyjmowały je wraz z lamotryginą (LTG), może spowodować zwiększenie stężenia LTG [13]