

Problemy płodności i ciąży w nieswoistych zapalnych chorobach jelit



Maria Kłopocka
Bydgoszcz



ECCO Guidelines/Consensus Paper

The Second European Evidenced-Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease

C.J. van der Woude,^{a,*†} S. Ardizzone,^b M.B. Bengtson,^c G. Fiorino,^d
G. Fraser,^e K. Katsanos,^f S. Kolacek,^g P. Juillerat,^h A.G.M.G.J. Mulders,ⁱ
N. Pedersen,^j C. Selinger,^k S. Sebastian,^l A. Sturm,^m Z. Zelinkova,ⁿ
F. Magro,^{o,p,q†} for the European Crohn's and Colitis Organization (ECCO)



Płodność

Przebieg ciąży i poród

Bezpieczeństwo leczenia w okresie ciąży i karmienia

Sytuacje szczególne

Edukacja pacjentów

Wpływ nieswoistych chorób zapalnych jelit na płodność

Pacjenci z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit mają mniej dzieci, głównie w wyniku świadomego wyboru

- Konieczność edukacji wszystkich pacjentów z rozpoznaniem NCHZJ, szczególnie przed planowaniem ciąży
- Wybór odpowiedniego leczenia, stosowanie się do zaleceń

Wpływ nieswoistych chorób zapalnych jelit na płodność

Płodność we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego (WZJG) oraz w okresie nieaktywnej choroby Leśniowskiego-Crohna (ChLC) jest podobna, jak w całej populacji

W aktywnej ChLC (u kobiet) oraz po zabiegach operacyjnych (u obu płci) płodność może być mniejsza

Aktywność choroby- przebieg i zakończenie ciąży

Nie stwierdzono zwiększonego ryzyka wystąpienia wad wrodzonych u dzieci

Ryzyko poronień, porodów przedwczesnych i niskiej wagi urodzeniowej dziecka jest 1,5-2 x większe u pacjentek z NCHZJ, niż w grupach kontrolnych

CORNISH J et al. Gut 2007;56

MAHADEVAN U et al. Gastroenterology 2007; 133

Aktywność choroby- przebieg i zakończenie ciąży

Porody przedwczesne (przed 37 tygodniem ciąży) są powodem 75% śmierci noworodków oraz stanowią większość przypadków wymagających intensywnej opieki medycznej

U dzieci, które urodziły się z **niską masą urodzeniową** (< 2500g), częściej występują problemy z nauką i adaptacją w środowisku, zwiększa się również ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego i innych chorób przewlekłych w dorosłym życiu

Aktywność choroby- przebieg i zakończenie ciąży

Najważniejszym czynnikiem
ryzyka wystąpienia powikłań
położniczych jest

**aktywność choroby w okresie
poczęcia i w przebiegu ciąży**

Aktywność choroby- przebieg i zakończenie ciąży

Początek ciąży:

- w okresie remisji choroby- nie ma zwiększonego ryzyka zaostrzenia przebiegu choroby w ciąży
- w okresie aktywnej choroby- duże ryzyko aktywności choroby w czasie całej ciąży

Leczenie w okresie poprzedzającym ciążę

Sulfasalazyna u mężczyzn - możliwość czasowej bezpłodności (około 2 miesiące; zmniejszenie liczby oraz ruchliwości plemników)

Metotreksat- bezwzględnie przeciwwskazany u mężczyzn i kobiet w okresie 3-6 miesięcy przed zapłodnieniem, u kobiet w ciąży i karmiących

Bezpieczeństwo leczenia w okresie ciąży i karmienia

Lek	Okres ciąży	Okres karmienia
mesalazyna	bezpieczny	bezpieczny
sulfasalazyna	bezpieczny; uzupełnianie folianów (2mg)	bezpieczny
steroidy	bezpieczny	bezpieczny; 4 godzinna przerwa do karmienia

Bezpieczeństwo leczenia w okresie ciąży i karmienia

Lek	Okres ciąży	Okres karmienia
tiopuryny	bezpieczny	bezpieczny 4 godzinna przerwa do karmienia
leki anty-TNF (infliksymab, adalimumab)	bezpieczny; odstawienie około 24 tygodnia ciąży	prawdopodobnie bezpieczny
metotreksat	przeciwwskazany	przeciwwskazany

Bezpieczeństwo leczenia w okresie ciąży i karmienia

Lek	Okres ciąży	Okres karmienia
MTR CIPR	prawdopodobnie bezpieczny; uznane wskazania; unikać w pierwszym trymestrze	unikać stosowania (przerwa 12-24 godziny)

MTR- metronidazol

CIPR- ciprofloksacyna

Rozwiązanie ciąży

Zalecane cięcia cesarskie:

- zmiany okołodobytowe
- zajęcie odbytnicy
- po zabiegu proktokolektomii odtwórczej
- wskazania położnicze

Leczenie chirurgiczne

Wskazania do operacji u kobiet w ciąży są takie same, jak w całej populacji pacjentów

Ciężka choroba stanowi większe zagrożenie dla płodu, niż zabieg operacyjny

Endoskopia

Gastroskopia, sigmoidoskopia i kolonoskopia uznane za badania bezpieczne

konieczne jednoznaczne wskazania

- Ułożenie lewoboczne; preferowany drugi trymestr ciąży
- Pomiar saturacji krwi tlenem
- Znieczulenie- anestezjolog; położnik

Środki antykoncepcyjne

Doustne leki antykoncepcyjne nie wpływają na aktywność NCHZJ

Brak danych dotyczących wpływu NCHZJ na skuteczność środków antykoncepcyjnych (aktywne zapalenie jelita cienkiego, nasilona biegunka, przetoka jelitowa)

Zwiększone ryzyko ŻCHZZ w NCHZJ

Żylna choroba zatorowo- zakrzepowa (ŻCHZZ)

Wzrost ryzyka w ciąży (4-6x) i główny powód śmiertelności matek

Wzrost ryzyka w NCHZJ

- Konieczna ocena czynników ryzyka ŻCHZZ przed lub na początku ciąży
- Profilaktyka w grupach ryzyka oraz w przypadku rzutu choroby i hospitalizacji! -heparyna niskocząsteczkowa



Podsumowanie

Planowanie ciąży w okresie remisji choroby

Aktywna choroba, a nie stosowane leczenie zwiększa ryzyko niepowodzeń położniczych

Kontynuacja terapii podtrzymującej remisję w okresie ciąży, intensywne leczenie każdego zaostrzenia choroby