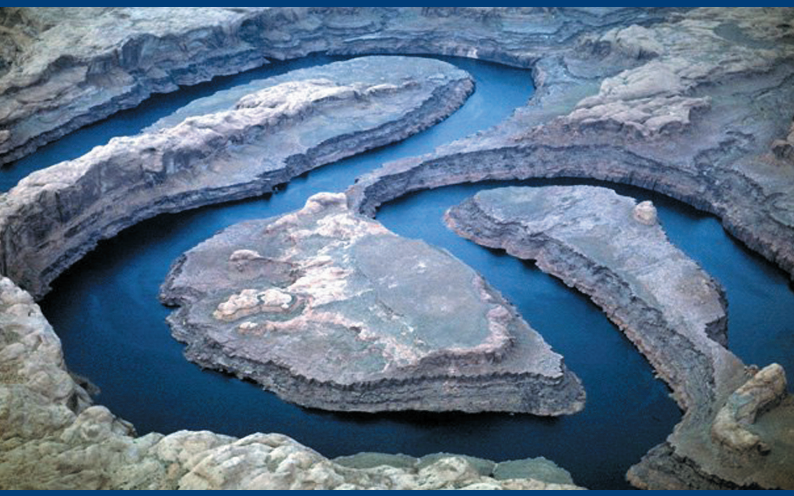
Płodność, ciąża i karmienie piersią

w nieswoistych zapaleniach jelita



Poradnik dla osób chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Lek. med. Beata Jaczewska, mgr Natalia Miklas
Konsultacja: dr hab. n. med. Piotr Albrecht

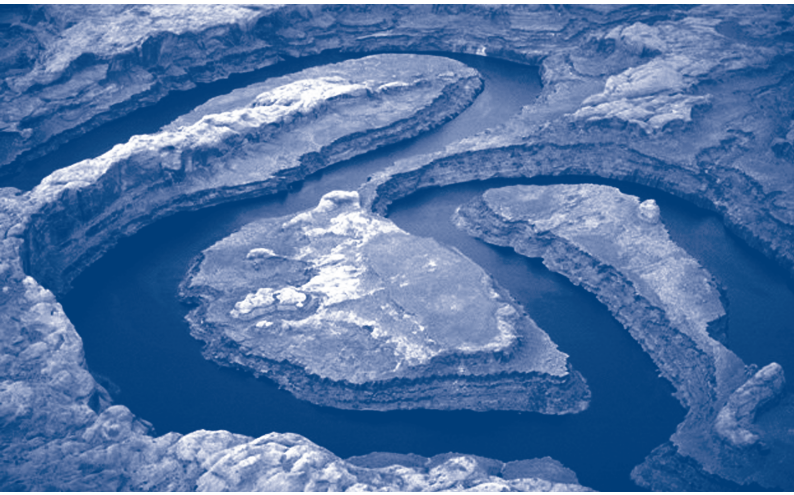


J-elita

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita
Warszawa 2015

Płodność, ciąża i karmienie piersią

w nieswoistych zapaleniach jelita



Poradnik dla osób chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Lek. med. Beata Jaczewska, mgr Natalia Miklas
Konsultacja: dr hab. n. med. Piotr Albrecht



J-elita

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita
Warszawa 2015

Autor: Lek. med. Beata Jaczewska, mgr położnictwa Natalia Miklas

Opracowanie plastyczne i skład graficzny:
Małgorzata Flis
Marek Szwarnóg

Druk:
Arteks, 29 Listopada 1, 37-100 Łańcut
e-mail: *arteks@rzeszow.info.pl*

Copyright © 2015 Towarzystwo „J-elita"
Wydawca: Towarzystwo „J-elita"
ISBN 978-83-938397-0-4
Wydanie II poprawione
Nakład: 2000 egz.



Spis treści

Wstęp 4
Płodność 5
- Płodność mężczyzn 5
- Płodność kobiet 6

Wpływ doustnej antykoncepcji na NZJ 8
Wpływ NZJ na przebieg ciąży i poród 10
- Wpływ interwencji chirurgicznych na przebieg ciąży 11
- Zabiegi chirurgiczne w ciąży 12

Wpływ ciąży na aktywność NZJ 13
- Wrzodziejące zapalenie jelita grubego 13
- Choroba Leśniowskiego-Crohna 14

Badania diagnostyczne 15
Dieta w ciąży 17
Leczenie NZJ w czasie ciąży 18
- Leczenie żywieniowe 18
- Farmakoterapia 19
  - Aminosalicylany 21
  - Glukokortykosteroidy 21
  - Leki immunosupresyjne 23
  - Antybiotyki 24
  - Leki przeciwbiegunkowe 25
  - Leki biologiczne 25

Poród 28
Karmienie piersią 30
Dziedziczność NZJ 34
Inne czynniki 35
Podsumowanie 35



Wstęp

Każdy młody człowiek marzy i myśli o założeniu własnej rodziny. Choroba Leśniowskiego-Crohna (ch. L-C) i wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) dotykają najczęściej ludzi młodych. Największą częstość zachorowań na nieswoiste zapalenia jelita (NZJ) obserwuje się między 18-35 rokiem życia, a więc w wieku, kiedy najczęściej decydujemy się na posiadanie dzieci. Osoby chore zadają sobie pytania, czy mogą mieć dzieci, czy ciąża będzie u nich przebiegać prawidłowo, czy leki, które przyjmują mogą być stosowane w czasie ciąży, jaka będzie aktywność choroby podczas ciąży, czy dziecko urodzi się zdrowe, czy przekażą mu swoją chorobę. Postaramy się odpowiedzieć na te i inne pytania, dotyczące płodności, przebiegu ciąży, przyjmowania leków, diagnostyki, porodu i karmienia piersią. Należy pamiętać, że przyszli rodzice powinni być otoczeni kompleksową opieką przed, podczas ciąży i po jej rozwiązaniu, przez lekarza ginekologa, gastroenterologa i niekiedy psychologa. Współpraca tych specjalistów jest niezbędna, aby zminimalizować nadmierny niepokój i w miarę szybko rozpoznać komplikacje mogące zagrażać zdrowiu matki i dziecka.



Płodność

Bezpłodność to niezdolność do zapładniania, stwierdzona po okresie minimalnie jednego roku współżycia płciowego bez stosowania metod lub środków antykoncepcyjnych. Ze względu na to, że większości ludzi udaje się począć w tym czasie dziecko, lekarze proponują przyjąć, że pary, którym się to nie udało w okresie jednego roku mają problemy z płodnością i powinny zwrócić się po poradę do lekarza specjalisty. Poniżej opiszemy wpływ choroby oraz leków stosowanych w NZJ na płodność kobiet i mężczyzn.

Płodność mężczyzn

Płodność mężczyzn chorujących na NZJ nie odbiega od obserwowanej u zdrowej populacji. U mężczyzn chorujących na chorobę Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego mogą jednak wystąpić zaburzenia wzwodu i wytrysku nasienia w związku z obecnością wrzodów i przetok w rejonie odbytu i w obrębie miednicy. Obniżenie płodności obserwuje się także po masywnym zabiegu chirurgicznym, szczególnie w następstwie wytworzenia zbiornika kałowego (j-pouch). Zaburzenia te są jednak bardzo rzadkie. U mężczyzn przyjmujących sulfasalazynę może wystąpić czasowa niepłodność. Lek ten, a dokładnie jego cząsteczka zwana sulfapirydyną, powoduje oligospermię

(zmniejszenie liczby plemników), zmniejszenie ilości płynu nasiennego, odchylenia od normy w przeżywalności i budowie plemników. Efekt ten jest całkowicie odwracalny po zaprzestaniu przyjmowania suflasalazyny lub zamianie na inny lek z grupy pochodnych kwasu 5-aminosalicylowego. Dlatego mężczyźni planujący ojcostwo powinni co najmniej na trzy miesiące przed planowanym zapłodnieniem zaprzestać przyjmowania sulfasalazyny, a leczenie kontynuować preparatami mesalazyny, które nie wpływają na płodność.

Nie ma konieczności przerywania leczenia azatiopryną i 6-merkaptopuryną, jednakże można rozważyć ich odstawienie na 3 miesiące przed planowanym zapłodnieniem. Metotreksat może spowodować obniżoną liczbę plemników. Z tego powodu oraz z racji potencjalnej możliwości wystąpienia wad wrodzonych u płodu zaleca się, aby do zapłodnienia doszło nie wcześniej niż 3-6 miesięcy od zakończenia leczenia metotreksatem. W przypadku stosowania mykofenolanu mofetylu okres ten powinien wynosić przynajmniej 6 tygodni.

Nie ma dowodów na niekorzystny wpływ steroidów oraz leków anty-TNF na płodność męską.

Płodność kobiet

Należy pamiętać, że przyczyną niepowodzenia zajścia w ciążę może być nie tylko choroba. Dziewięć na dziesięć zdrowych kobiet prowadzących regularne pożycie seksualne, niestosujących antykoncepcji, zachodzi w ciążę w ciągu pierwszego roku. Kobiety, które chorują na WZJG, są w zasadzie tak samo płodne jak kobiety zdrowe. Czasowe obniżenie płodności obserwuje się w związku z rozległym brzusznym zabiegiem chirurgicznym, takim jak: całkowite usunięcie jelita grubego (kolektomia), wytworzenie zbiornika kałowego z jelita cienkiego z zespoleniem z odbytem (j-pouch) lub wytworzenie sztucznego odbytu (stomia). Płodność powraca zwykle do normy po tygodniach lub miesiącach po zabiegu chirurgicznym. W nielicznych przypadkach może pozostać ona nieznacznie obniżona, m.in. z powodu

upośledzenia czynności jajowodów po przeprowadzonym leczeniu chirurgicznym.

U kobiet chorujących na ch. L-C zagadnienie płodności jest bardziej skomplikowane. W okresach ostrych rzutów choroby płodność jest obniżona. Aktywna choroba często powoduje utratę masy ciała, co może skutkować nawet zatrzymaniem owulacji i brakiem miesiączki. Po zabiegach chirurgicznych może utrzymywać się nieznaczny spadek płodności, podobnie jak w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Natomiast w okresie remisji, czyli wyciszenia choroby, płodność wydaje się niezaburzona. U osób, które zachorowały przed okresem pokwitania, często obserwuje się opóźnione dojrzewanie płciowe. U miesiączkujących kobiet z ch. L-C podczas menstruacji mogą nasilić się dolegliwości jelitowe.

Leki, takie jak sulfasalazyna, kortykosteroidy, azatiopryna nie wpływają na płodność u kobiet. Natomiast metotreksat nie powinien być przyjmowany przez kobiety w wieku rozrodczym, gdyż jest to lek teratogenny (powoduje powstawanie wad wrodzonych płodu). Kobiety, które przyjmują ten lek powinny stosować skuteczną, hormonalną antykoncepcję, albo zachować całkowitą wstrzemięźliwość seksualną. Leczenia metotreksatem należy zaprzestać co najmniej na trzy miesiące przed planowaną ciążą. Drugim lekiem mogącym wywołać wady u płodu jest mykofenolan mofetylu, przyjmowanie którego kobiety powinny zaniechać na 6 tygodni przed planowaną ciążą. Nie ma dowodów, aby stosowanie leków biologicznych miało niekorzystny wpływ na płodność ludzką, lecz wg zaleceń producenta w trakcie terapii anty-TNF kobiety powinny stosować skuteczną antykoncepcję, z uwagi na brak wystarczających danych dotyczących działania tych leków na płód.



Wpływ doustnej antykoncepcji na NZJ

Wpływ doustnej antykoncepcji na chorobę Leśniowskiego-Crohna jest niejednoznaczny. Jedni badacze sugerują, że doustna antykoncepcja nieznacznie zwiększa częstość nawrotów i pogarsza przebieg choroby. Inni tego nie potwierdzają. Brak jest natomiast badań na temat wpływu antykoncepcji na przebieg wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Ogólnie ryzyko zachorowania na NZJ lub pogorszenia przebiegu choroby u kobiet stosujących doustną antykoncepcję jest niewielkie, stąd nie ma przeciwwskazań do jej stosowania.

Należy jednak pamiętać, że biegunki, będące jednym z najczęstszych objawów NZJ mogą zaburzać wchłanianie hormonów i obniżać skuteczność doustnej antykoncepcji. Szczególnie dotyczy to osób przyjmujących środki o niższej zawartości hormonów. W sytuacji występowania wymiotów lub ostrej biegunki zaleca się przestrzeganie zasad zamieszczonych w ulotce producenta obowiązujących przy pominięciu przyjęcia tabletki.

W przypadku istnienia obaw o skuteczność doustnej antykoncepcji można zastosować plastry lub zastrzyki. Wchłanianie hormonów odbywa się wówczas drogą pozajelitową – dzięki temu ich działanie jest pewniejsze.

Nieswoiste zapalenia jelita mogą współistnieć z innymi chorobami m.in. żylną chorobą zakrzepowo-zatorową (ŻChZZ), chorobami wątroby i dróg żółciowych oraz osteoporozą. Może to stanowić powód niezakwalifikowania do stosowania antykoncepcji z wykorzystaniem hormonów.

Szczególną uwagę zwraca zwiększone ryzyko wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u chorych na NZJ. W przypadku konieczności hospitalizacji, pacjentki takie zaliczane są do umiarkowanej grupy ryzyka ŻChZZ. Ryzyko to dodatkowo wzrasta po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym oraz unieruchomieniu. Należy pamiętać, że kobiety stosujące antykoncepcję hormonalną, które przygotowują się do planowego zabiegu chirurgicznego powinny przerwać jej stosowanie na przynajmniej 4 tygodnie przed zabiegiem.

Kobiety o niskiej gęstości kości mające za sobą kilka cykli kortykosteroidoterapii, powinny poinformować o tym lekarza przed zastosowaniem antykoncepcji hormonalnej.



Wpływ NZJ na przebieg ciąży i poród

Wyniki badań wykazały, że u 85% kobiet chorujących na NZJ ciąża przebiega bez komplikacji. Jednakże choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego stanowią niezależny czynnik ryzyka samoistnych poronień, przedwczesnych porodów przed 37 tygodniem ciąży, niskiej urodzeniowej masy ciała dziecka (poniżej 2,5 kg) i urodzenia dziecka o niższym wieku biologicznym. Należy jednak pamiętać, że nawet u zdrowych kobiet komplikacje związane z ciążą wpływające na zdrowie dziecka pojawiają się w około 15% przypadków.

Zaostrzenie choroby w momencie zapłodnienia ma niekorzystny wpływ na ciążę i jest związane z wyższym ryzykiem komplikacji. W czasie zaostrzenia choroby Leśniowskiego-Crohna ryzyko poronienia może wzrosnąć nawet do 35%. Zwiększone jest także ryzyko przedwczesnego porodu i niskiej masy urodzeniowej dziecka. Szczególnie ch. L-C zlokalizowana w okolicy krętniczo-kątniczej jest powodem niskiej masy urodzeniowej dziecka.

Wyniki badań pokazują, że gdy do zapłodnienia dojdzie w okresie remisji choroby lub gdy nasilenie objawów jest niewielkie, ciąża przebiega prawidłowo, bez większego ryzyka powikłań. Dlatego, w miarę możliwości, zaostrzenie choroby

powinno być leczone przed zajściem w ciążę, a ciąża powinna być planowana w okresie, gdy choroba jest nieaktywna lub objawy zapalne są niewielkie.

Pierwsze objawy zarówno ch. L-C jak i WZJG mogą pojawić się w trakcie ciąży. U kobiet ciężarnych przebieg pierwszego rzutu choroby może być cięższy niż u pacjentek nie będących w ciąży. Pierwszy atak choroby w ciąży zwiększa ryzyko przedwczesnych porodów i niskiej masy urodzeniowej dziecka. Jednak większość przedwczesnych porodów zdarza się po 35 tygodniu ciąży, co dobrze rokuje dla dziecka. Nie ma doniesień, aby zaostrzenie choroby zwiększało ryzyko wystąpienia wad wrodzonych lub śmiertelności okołoporodowej. Również NZJ nie są związane z wystąpieniem takich powikłań ciąży jak nadciśnienie tętnicze czy białkomocz.

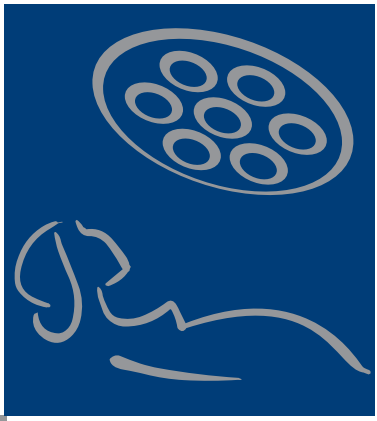
Zachorowalność na chorobę Leśniowskiego-Crohna wśród osób palących papierosy jest większa niż w ogólnej populacji. Palenie tytoniu jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia niskiej masy urodzeniowej dziecka, a kobiety z ch. L-C palące papierosy zwiększają dodatkowo ryzyko przedwczesnych porodów i niskiej masy urodzeniowej dziecka. Wady wrodzone występują u około 1% dzieci kobiet chorujących na chorobę Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Częstość poronień i wad wrodzonych w okresie remisji choroby nie odbiega od częstości ich występowania w populacji ogólnej.

Wpływ interwencji chirurgicznych na przebieg ciąży

Wydaje się, że nawet po rozległych operacjach, włączając kolektomię, wytworzenie sztucznego odbytu lub zbiornika kałowego (j-pouch), ciąże mają przebieg prawidłowy. Ważne jest jednak, aby od operacji do poczęcia minął wystarczająco długi czas na zagojenie się ran pooperacyjnych. Po rozległych operacjach zaleca się zaczekać rok przed zapłodnieniem. W ciąży mogą wystąpić powikłania ileostomii, takie jak jej wypadanie czy niedrożność.

Zabiegi chirurgiczne w ciąży

Niekiedy może się zdarzyć, że interwencja chirurgiczna konieczna jest podczas trwania ciąży. Wskazania do zabiegów chirurgicznych w ciąży są takie same jak u kobiet niebędących w ciąży: perforacja (przedziurawienie) lub niedrożność jelita, ropień, przetoka, *megacolon toxicum* (toksyczna rozstrzeń – rozdęcie – jelita grubego). Wpływ interwencji chirurgicznych na przebieg ciąży jest słabo poznany. Stwierdzono, że resekcja jest przyczyną zwiększonego ryzyka poronienia czy przedwczesnego porodu, ale może to być skutkiem przebiegu choroby, a nie zabiegu chirurgicznego. Wiadomo także, że aktywna nie leczona choroba podwyższa to ryzyko bardziej niż sam zabieg chirurgiczny. Należy pamiętać, że ciąża po zabiegu chirurgicznym może przebiegać prawidłowo. Udokumentowane są ciąże przebiegające bez komplikacji u pacjentek chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego poddanych w okresie ciąży całkowitej kolektomii z powodu braku odpowiedzi na leczenie farmakologiczne. W przypadku wystąpienia wskazań do wykonania całkowitej kolektomii znacznie korzystniejsze dla dziecka jest przeprowadzenie tego zabiegu możliwie jak najpóźniej, a najlepiej odroczenie go do czasu rozwiązania, o ile stan pacjentki na to pozwala.





Wpływ ciąży na aktywność NZJ

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Aktywność choroby w czasie ciąży zależy od czasu koncepcji. Jeśli zapłodnienie nastąpiło w okresie remisji, u 70-80% kobiet remisja może trwać do końca ciąży. Częstość nawrotów choroby u kobiet w ciąży nie wzrasta, utrzymuje się na podobnym poziomie, jak u kobiet nie będących w ciąży. Nawroty w ciąży wydają się łagodne i dobrze odpowiadają na leczenie farmakologiczne. Nawrót choroby po połogu wydaje się zależeć od aktywności choroby przed porodem.

Zaostrzenie choroby w czasie koncepcji wiąże się z gorszym rokowaniem. U 24% pacjentek które zaszły w ciążę w okresie zaostrzenia, choroba, jest aktywna przez cały okres ciąży, u reszty udaje się ją opanować. U pacjentek z wytworzonym zbiornikiem kałowym ciąża przebiega bez większych komplikacji. Jednakże u 20-30% tych pacjentek w trzecim trymestrze ciąży możne dojść do zaburzenia funkcji zbiornika kałowego. Większość z nich jest tymczasowa i mija po połogu.

Choroba Leśniowskiego-Crohna

Przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna w ciąży jest podobny jak w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Jeśli do poczęcia dojdzie w czasie remisji choroby, to może zostać ona utrzymana u ponad 70% pacjentek. Niekiedy podczas ciąży dochodzi do poprawy stanu klinicznego. Nawroty, jeśli się pojawiają, częściej występują w pierwszym trymestrze ciąży i podczas połogu. Jeśli poczęcie nastąpi w czasie zaostrzenia choroby, u około 1/3 kobiet obserwujemy poprawę, u 1/3 może dojść do pogorszenia, natomiast u 1/3 aktywność choroby pozostanie bez zmian. Należy także pamiętać, że pogorszenie stanu zdrowia związane z NZJ występujące w jednej ciąży, nie warunkuje podobnego przebiegu w przypadku kolejnych.





Badania diagnostyczne

Ocena aktywności choroby w czasie ciąży powinna być bardziej oparta na objawach klinicznych niż wskaźnikach morfologicznych krwi czy parametrach biochemicznych. Podczas ciąży spada bowiem poziom hemoglobiny i albumin, a wzrasta OB (odczyn Biernackiego). Aktywność choroby można monitorować poprzez obserwację poziomu białka C-reaktywnego (CRP), lecz należy pamiętać, że ciąża może powodować jego umiarkowany wzrost, tym samym wynik może być niemiarodajny w ocenie aktywności stanu zapalnego jelita. Do oceny natężenia stanu zapalnego można użyć nieinwazyjnej metody w postaci oznaczania kalprotektyny w kale, na której poziom ciąża nie ma wpływu.

Badania ultrasonograficzne brzucha nie szkodzą ani matce, ani dziecku i dostarczają ważnych informacji o aktywności i zaawansowaniu choroby. Są również standardową metodą oceny przebiegu ciąży i rozwoju płodu.

Badania z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego są w ciąży przeciwwskazane. Mogą być wykonywane tylko w stanach nagłych, takich jak podejrzenie niedrożności lub ostre rozdęcie okrężnicy (*megacolon toxicum*), kiedy korzyści z badania są większe niż potencjalne ryzyko dla płodu

związane z naświetlaniem promieniami X. Należy podkreślić, że nowoczesne aparaty rentgenowskie mają dużą czułość i dawki promieniowania są niewielkie, a co za tym idzie ryzyko dla płodu jest znikome. Pamiętać trzeba, że coraz częściej stosowana tomografia komputerowa (CT) jest również badaniem rentgenowskim, a dawki promieniowania, na które narażony jest płód, są stosunkowo wysokie.

Rezonans magnetyczny (MRI) może być wykorzystywany, a wręcz jest zalecany jako badanie dodatkowe lub zastępujące badanie rentgenowskie, gdyż nie niesie ze sobą zagrożenia dla rozwoju płodu.

Badania endoskopowe takie jak gastroskopia, rektoskopia i sigmoidoskopia są w czasie ciąży bezpieczne. Ich wykonanie nie jest związane ze zwiększonym ryzykiem przedwczesnego porodu czy wadami wrodzonymi. U wielu pacjentek badania te mogą być wystarczające do postawienia diagnozy, jeśli pierwsze objawy pojawiły się podczas ciąży.

Kolonoskopia może być wykonywana, ale tylko wtedy, gdy inne badania diagnostyczne okazały się niewystarczające do postawienia rozpoznania. Jeśli kolonoskopia ma być wykonana w znieczuleniu ogólnym, to do sedacji bezpieczniejszy wydaje się midazolam niż diazepam, lecz w miarę możliwości należy go unikać w I trymestrze ciąży. Głównym celem stosowania tych leków jest ich działanie uspakajające i przeciwlękowe. Innym lekiem, który może być użyty do znieczulenia podczas badań endoskopowych jest propofol. Należy on do kategorii B (patrz str. 20). Badania z użyciem propofolu w czasie cięć cesarskich wykazały, że jest on bezpieczny i nie ma szkodliwego wpływu na noworodka. Jednak użycie propofolu nie jest zalecane w pierwszym trymestrze ze względu na brak badań, potwierdzających jego bezpieczeństwo w tym okresie ciąży.

Leki cholinolityczne, takie jak butylobromek hioscyny (znosi stany skurczowe w obrębie przewodu pokarmowego) nie powinny być stosowane (mogą powodować depresję oddychania u płodu) chyba, że korzyści z zastosowania leku są większe niż potencjalne ryzyko.



Dieta w ciąży

Chorzy z nieswoistymi zapaleniami jelita nie wymagają stosowania specjalnej diety. Kobiety w ciąży powinny zwracać szczególną uwagę na odpowiednią kaloryczność pożywienia, zawartość w nim białka, witamin i składników mineralnych. Ze względu na zaburzone wchłanianie różnych substancji przez chore jelito, stan odżywienia powinien być dokładnie monitorowany, gdyż obecnie uważa się, że jest on odpowiedzialny za wzrost liczby przedwczesnych urodzeń i niską masę urodzeniową dzieci kobiet chorych na NZJ. W przypadku stwierdzenia niedoborów musi być prowadzona odpowiednia suplementacja lub zastosowane leczenie żywieniowe.

Więcej na temat żywienia i diety w NZJ można przeczytać w Poradniku Żywieniowym autorstwa mgr. Urszuli Grochowskiej.



Leczenie NZJ w czasie ciąży

Wiele kobiet z obawy o zdrowie swoich nienarodzonych dzieci przerywa terapię, czerpiąc wiadomości o lekach z ulotek producentów. W informacjach tych podawane są wszystkie, nawet bardzo rzadkie działania niepożądane stosowanych substancji. Lęk potęgują lekarze czerpiący informacje z tego samego źródła, zamiast z publikacji naukowych opartych na badaniach klinicznych. Większość leków stosowanych w leczeniu NZJ można przyjmować podczas ciąży. Należy z całą mocą podkreślić, że leczenie podtrzymujące, mające na celu utrzymanie remisji, powinno być kontynuowane, gdyż zaostrzenie choroby stanowi większe ryzyko dla płodu niż skuteczna, czasem nawet agresywna terapia.

Leczenie żywieniowe

Leczenie żywieniowe to karmienie drogą naturalną, przez sondę lub dożylnie specjalnymi preparatami, których skład zaspokaja wszystkie potrzeby odżywcze organizmu. Leczenie żywieniowe może być jedynym sposobem żywienia lub dietą uzupełniającą niedobory pokarmowe.

W leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna u dzieci efekt stosowania leczenia żywieniowego jest porównywalny do sterydoterapii. Brak jest dowodów na skuteczność tego typu leczenia u dorosłych. Istnieją jednak opisy przypadków, gdy ten typ leczenia był skuteczny u kobiet w ciąży. Leczenie żywieniowe jest całkowicie bezpieczne dla matki i płodu i nie ma żadnych przeciwwskazań do stosowania go w czasie ciąży. Należy pamiętać, że skuteczne leczenie niedożywienia kobiety ciężarnej jest warunkiem prawidłowego odżywienia płodu i może zapobiegać przedwczesnym porodom i niskiej masie urodzeniowej dziecka. Leczenie to może nie tylko uzupełnić niedobory pokarmowe, ale być alternatywą dla zabiegu chirurgicznego np. w przypadku wystąpienia przewężeń, czy nawet subniedrożności jelita. Obecnie leczenie żywieniowe może być prowadzone w warunkach domowych w ramach programu kontraktowanego z NFZ.

Całkowite żywienie pozajelitowe (parenteralne) jest mniej zalecane, ale istnieją opisy przypadków korzystnego efektu takiego postępowania. Kobiety, które ze względu na skrócenie jelita na skutek zabiegu chirurgicznego muszą stosować żywienie pozajelitowe, mogą zachodzić w ciążę i rodzić zdrowe dzieci.

Farmakoterapia

Wiedza na temat wpływu poszczególnych leków na przebieg ciąży i rozwój płodu jest bardzo ograniczona. Wynika to z faktu, że ze względów etycznych takich badań się nie prowadzi. Większość danych pochodzi z badań na zwierzętach oraz z opisu przypadków kobiet, które w okresie ciąży lub koncepcji były leczone danym specyfikiem. Poniżej przedstawiono opis kategorii bezpieczeństwa stosowania leków w ciąży wg kryteriów amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA). Podział ten, aczkolwiek obowiązujący, jest nieprecyzyjny i trudny do interpretacji w codziennej praktyce klinicznej.

Żaden lek stosowany rutynowo w NZJ nie posiada kategorii A. Idealną sytuacją jest, gdy ciąża jest zaplanowana w okre-

sie remisji, a leczenie ustalone w drodze konsultacji między gastroenterologiem, lekarzem ginekologiem/położnikiem i przyszłymi rodzicami dziecka. Wystąpienie zaostrzenia w ciąży wiąże się z koniecznością intensyfikacji terapii, co również powinno być przedyskutowane. Jeśli kobieta, z niewiedzy i nieuzasadnionej obawy o zdrowie przyszłego dziecka zaprzestanie leczenia, to skutki dla dziecka mogą być bardzo niekorzystne.

Kategoria	Definicja
A	Badania z grupą kontrolną nie wykazały istnienia ryzyka dla płodu w I trymestrze, możliwość uszkodzenia płodu wydaje się mało prawdopodobna
B	Badania na zwierzętach nie wskazują na istnienie ryzyka dla płodu, ale nie przeprowadzono badań z grupą kontrolną u ludzi, lub badania na zwierzętach wykazały działanie niepożądane na płód, ale badania w grupie kobiet ciężarnych nie potwierdziły istnienia ryzyka dla płodu
C	Badania na zwierzętach wykazały działanie teratogenne lub zabójcze dla płodu, ale nie przeprowadzono badań z grupą kontrolną kobiet, lub nie przeprowadzono odpowiednich badań ani na zwierzętach, ani u ludzi
D	Istnieją dowody na niekorzystne działanie leku na płód, ale w pewnych sytuacjach klinicznych potencjalne korzyści z jego zastosowania przewyższają ryzyko (np. w stanach zagrażających życiu lub chorobach, w których inne, bezpieczne leki nie mogą być zastosowane lub są nieskuteczne)
X	Badania przeprowadzone na zwierzętach lub u ludzi wykazały nieprawidłowości płodu w wyniku stosowania danego leku bądź istnieją dowody na niekorzystne działanie leku na płód ludzki i ryzyko zdecydowanie przewyższa potencjalne korzyści z jego zastosowania

Aminosalicylany

Najczęściej i najdawniej stosowanym lekiem z tej grupy jest salazosulfapirydyna (sulfasalazyna) (kategoria B), składa się ona z kwasu 5-aminosalicylowego związanego z sulfapirydyną. Lek ten uważa się za bezpieczny w ciąży. W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono zwiększonego ryzyka wystąpienia wad u płodu. Pacjentkom przyjmującym sulfasalazynę zaleca się suplementację kwasem foliowym do 2 mg/dobę, gdyż lek ten zaburza wchłanianie naturalnych folianów. Należy podkreślić, że suplementacja kwasem foliowym jest zalecana również u kobiet zdrowych na miesiąc przed planowaną ciążą oraz w jej pierwszym trymestrze ze względu na działanie zapobiegające zaburzeniom podczas tworzenia tzw. cewy nerwowej.

Sulfasalazyna może być zastąpiona przez mesalazynę, która nie wpływa na proces wchłaniania kwasu foliowego. Należy ją wtedy przyjmować w dawce 400 µg dziennie, która zapobiega powstawaniu wad cewy nerwowej m.in.: bezmózgowia, rozszczepu kręgosłupa, przepuklin oponowo-rdzeniowych, wadom układu krążenia i rozszczepowi podniebienia.

Mesalazyna, balsalazyna, olsalazyna są pochodnymi kwasu 5-aminosalicylowego. Pierwsze dwie należą do kategorii B, olsalazyna do C. Leki te nie zwiększają ryzyka wad wrodzonych, przedwczesnych lub martwych porodów. Nie należy przekraczać dawki 3 g/dobę z uwagi na ryzyko niekorzystnego działania tego leku na nerki płodu.

Kwas 5-aminosalicylowy w dawkach terapeutycznych w przeciwieństwie do kwasu salicylowego (aspiryna) nie hamuje procesu agregacji płytek krwi, a więc nie wpływa na proces krzepnięcia. Nie trzeba więc przerywać terapii przed porodem.

Glukokortykosteroidy

Dane z badań nad stosowaniem kortykoidów (kategoria C) w ciąży wskazują na nieznaczny wzrost ryzyka wystąpienia rozszczepu wargi lub podniebienia. Nie mają one natomiast

wpływu na niską masę urodzeniową i niski wiek biologiczny dziecka. Należy jednak pamiętać, że zaostrzenie choroby może mieć bardziej niekorzystny wpływ na dziecko niż stosowanie kortykoidów, dlatego też ich zastosowanie może być konieczne. Podczas stosowania budesonidu należy zachować szczególną ostrożność, z uwagi na ograniczone dane na temat jego bezpieczeństwa podczas ciąży i karmienia piersią, jednakże dostępne obserwacje nie wykazują niekorzystnego działania na płód i noworodka. Teoretycznie ryzyko związane z zastosowaniem budesonidu jest niewielkie, ponieważ substancja ta jest szybko metabolizowana w wątrobie i niewielka jej ilość przenika do krążenia matczyno-płodowego oraz mleka matki. To samo dotyczy nowej formulacji MMX budesonidu, dzięki której steryd uwalnia się sukcesywnie w jelicie grubym. Lek jest zarejestrowany w leczeniu WZJG.

U kobiet chorych na WZJG ograniczone do lewej części okrężnicy, budesonid podawany w postaci wlewek lub pianki wydaje się być sterydem z wyboru. Niestety w tej postaci jest w Polsce nierefundowany.

Glukokortykosteroidy przechodzą przez łożysko. Ich poziom we krwi płodu zależy od wielu czynników. Teoretycznie duże dawki glukokortykosteroidów przyjmowane w ostatnim okresie ciąży mogą powodować obniżenie produkcji tych hormonów przez nadnercza płodu. Niski poziom kortyzolu we krwi noworodka objawia się apatią i jego małą aktywnością. Dlatego dzieci, urodzone przez matki przyjmujące przed porodem duże dawki leków sterydowych, powinny być dokładnie monitorowane przez neonatologa. Jeśli zachodzi potrzeba dziecko może otrzymywać uzupełniające dawki kortyzolu do czasu aż jego nadnercza będą w stanie wyprodukować dostateczne ilości hormonu.

Należy podkreślić, że leczenie steroidami nie powinno zostać przerwane nagle, a dawki tych leków muszą być stopniowo zmniejszane, co pozwala nadnerczom chorego na podjęcie syntezy hormonów.

Leki immunosupresyjne

Azatiopryna i 6-merkaptopuryna

Oba leki zaliczane są do grupy C. W przeszłości uważano, że immunosupresja stosowana u kobiet w ciąży zwiększa ryzyko niepowodzeń położniczych lub powikłań u dziecka. Szersze zastosowanie tej grupy leków w transplantologii przyczyniło się do poszerzenia grupy obserwowanych ciężarnych. Wykazano, że stosowanie azatiopryny i 6-merkaptopuryny przed i w czasie ciąży jest stosunkowo bezpieczne dla matki, jak i jej dziecka. Mimo badań wskazujących na bezpieczeństwo ich stosowania, nie można wykluczyć wystąpienia działań niepożądanych tych leków, dlatego zastosowanie ich jest zalecane tylko wtedy, gdy inne leczenie jest nieskuteczne lub gdy korzyści przeważają nad ryzykiem.

Metotreksat

Jest lekiem teratogennym (kategoria X) i nie powinien być stosowany w ciąży. Płody narażone na metotreksat mogą mieć wady centralnego układu nerwowego, kończyn czy twarzoczaszki. Kobiety przyjmujące ten lek powinny stosować skuteczną, czyli hormonalną, antykoncepcję lub całkowitą wstrzemięźliwość seksualną. Przyjmowanie leku powinno być przerwane na conajmniej 3 miesiące przed planowanym poczęciem. Jeśli jednak do poczęcia dojdzie, lek należy jak najszybciej odstawić i zacząć przyjmować duże dawki kwasu foliowego. Dotychczasowe badania wskazują, że metotreksat nie ma niekorzystnego wpływu na płodność mężczyzn.

Cyklosporyna (kategoria C)

Dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania tego leku w czasie ciąży nie są wystarczające dla opracowania oficjalnych zaleceń. Wydaje się, że lek ten wykazuje względne bezpieczeństwo dla matki i płodu, a jego stosowanie nie zwiększa ryzyka wystąpienia poronień oraz wad wrodzonych. Istnieją jednak dowody na wystąpienie u kobiet przyjmujących ten lek zaburzeń czynności wątroby, nerek i zaburzeń neurologicznych oraz porodów

przedwczesnych. Leczenie cyklosporyną jest najczęściej terapią ratunkową w piorunującym przebiegu WZJG i każdy przypadek należy rozważyć indywidualnie, korzystając z aktualnej wiedzy i po konsultacji z doświadczonymi specjalistami z zakresu ginekologii i gastroenterologii.

Takrolimus (kategoria C)

Dane na temat przyjmowania tego leku w ciąży pochodzą z dziedziny transplantologii. Badania wykazały wzrost przypadków przedwczesnych porodów i niskiej masy urodzeniowej dzieci, ale powikłania te mogły być spowodowane odrzucaniem przeszczepionych narządów mimo terapii immunosupresyjnej. Lek może być stosowany w czasie ciąży, jeśli jego przyjmowanie jest konieczne.

Mykofenolan mofetylu

Lek ten jest przeciwwskazany w czasie ciąży. Okres zaprzestania przyjmowania go przed planowaną ciążą wynosi 6 tygodni i dotyczy on zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Narażenie na działanie tego leku w okresie embriogenezy powoduje poronienia oraz ryzyko wystąpienia wad wrodzonych.

Antybiotyki

Ciprofloksacyna, amoksycylina i metronidazol (kategoria B) stosowane krótkotrwale wydają się być bezpieczne w ciąży. Badania wykazały, że stosowanie tych antybiotyków nie zwiększa ryzyka wystąpienia wad wrodzonych u dzieci. Natomiast nie wiadomo, jak długotrwała terapia tymi antybiotykami wpływa na przebieg ciąży.

Tetracykliny i sulfonamidy są przeciwwskazane w ciąży.

Obecnie w leczeniu NZJ stosowany jest antybiotyk o nazwie Xifaxan (rifaksymina), który prawie nie wchłania się z przewodu pokarmowego, lecz brak jest danych na temat bezpiecznego stosowania go podczas ciąży. Z uwagi na to, lek ten w miarę możliwości nie powinien być stosowany w ciąży i okresie karmienia piersią.

Leki przeciwbiegunkowe

Loperamid (kategoria B) wydaje się być bezpieczny w ciąży. Leków tych nie należy jednak nadużywać, gdyż mogą maskować objawy następującego zaostrzenia.

Leki adsorbcyjne, takie jak kaolin i pektyna (kategoria B) nie są wchłaniane w jelicie i mogą być stosowane w czasie ciąży.

Lomotil (difenoksylat/atropina) należy do kategorii C. Badania dotyczące bezpieczeństwa stosowania tego leku u ludzi są ograniczone. Nie wiadomo, czy lek przechodzi przez łożysko, więc powinien być w ciąży stosowany bardzo ostrożnie.

Salicylan bizmutawy, należący do związków bizmutu (kategoria C w I i II trymestrze, D w III trymestrze), powinien być unikany w ciąży, gdyż jego stosowanie w ostatnim trymestrze może być związane z przedłużeniem porodu, większą utratą krwi podczas porodu oraz ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności okołoporodowej.

Cholestyramina (kategoria B) może być stosowana w czasie ciąży w celu zapobiegania biegunce tłuszczowej. Należy zaznaczyć, że lepszym rozwiązaniem jest dieta niskotłuszczowa uzupełniana średniołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi (MCT).

Leki biologiczne

Najdłużej i najczęściej stosowanym lekiem tej grupy jest infliksimab. Na podstawie wyników dostępnych badań przeprowadzonych na ponad 400 pacjentkach z NZJ, stosujących infliksimab w czasie ciąży lub w okresie laktacji, badacze twierdzą, że lek ten pod warunkiem, że jest stosowany ze szczególną ostrożnością, nie powoduje wzrostu ryzyka wystąpienia powikłań okołoporodowych. Należy zwrócić jednak uwagę na fakt, że przeciwciała przeciw TNF-α są stosunkowo nową grupą leków i nie są poznane skutki długotrwałego ich stosowania. Nie bez przyczyny producent na ulotce informacyjnej podaje, że jest on przeciwwskazany w ciąży,

a u kobiet w wieku rozrodczym należy stosować skuteczną antykoncepcję zarówno podczas leczenia, jak i przez co najmniej 6 miesięcy po jego zakończeniu.

Amerykańska agencja leków (FDA) zakwalifikowała infliksimab do kategorii B, co nie oznacza jego bezpieczeństwa. Nie można określić w jaki sposób przeciwciała te mogą wpłynąć w odległym okresie na rozwój układu odpornościowego dziecka. Bezpieczeństwa nie można też odnosić do innych przeciwciał przeciw tej samej cząsteczce takim jak adalimumab, golimumab, czy certolizumab pegol, ponieważ są one rzadziej i krócej stosowane i dane odnośnie ich bezpieczeństwa są jeszcze bardziej ograniczone.

W przypadku stosowania infliksimabu w czasie ciąży, należy pamiętać, że podobnie jak inne inhibitory TNF-α, może on zaburzać prawidłową odpowiedź immunologiczną u noworodków oraz nasilać ryzyko zakażeń. W związku w tym zaleca się stosowanie szczepionek zawierających żywe mikroorganizmy dopiero po ukończeniu przez dziecko 6 m.ż. oraz niestosowanie infliksimabu u kobiet w III trymestrze ciąży, gdyż lek ten przenika wówczas przez barierę łożyskową.

Dla opracowania oficjalnych zaleceń, dotyczących stosowania terapii biologicznej u ciężarnych pacjentek z NZJ, niezbędne są dalsze badania, ale jak dotąd – pomimo opisanych zastrzeżeń – zarówno FDA, jak i ECCO uznają takie leczenie za bezpieczne.



W tabeli 1 zebrano najważniejsze leki stosowane w NZJ, w zależności od bezpieczeństwa ich podawania w czasie ciąży.

Tabela 1. Bezpieczeństwo leków stosowanych w NZJ dla ciąży i płodu

Leki kategorii B Dozwolone	Leki kategorii C, D Można stosować z ostrożnością	Przeciwwskazane
Mesalazyna	Kortykosteroidy w tym budesonid	Metotreksat
Sulfasalazyna, olsalazyna	Azatiopryna	Talidomid
Infliksimab	6-merkaptopuryna	
Cyprofloksacyna, metronidazol (po pierwszym trymestrze)	Cyklosporyna	
Loperamid	Difenoksylat z atropiną	



Poród

Częstość wykonywania cięć cesarskich u kobiet z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego jest wyższa niż w populacji ogólnej. Prawdopodobnie wiąże się to z obawą przed wystąpieniem powikłania w postaci nietrzymania kału po ewentualnym uszkodzeniu zwieracza odbytu. Jednakże wrzodziejące zapalenie jelita grubego nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego. Kobiety z tą chorobą mogą rodzić siłami natury, a cięcie cesarskie powinno być przeprowadzane ze wskazań ginekologicznych. Cięcie cesarskie jest wskazane u pacjentek z wytworzonym zbiornikiem kałowym oraz u niektórych pacjentek z kolo- lub ileostomią nawet bez wskazań ginekologicznych. Dodatkowym wskazaniem może być nasilony stan zapalny lub zmiany okołoodbytowe.

Wybór sposobu porodu u pacjentek z chorobą Leśniowskiego-Crohna jest bardziej kontrowersyjny. Cięcia cesarskie zdarzają się u nich częściej niż w ogólnej populacji. Niższa częstość porodów drogami natury może być związana z obawą rozwoju lub reaktywacji okołoodbytowej manifestacji choroby. Z badań wynika, że poród naturalny nie pogorszył stanu kobiet mających zmiany okołoodbytowe, a wykonane cięcie cesarskie nie zapobiegło nasileniu choroby i pojawieniu się miejscowych powikłań w okolicy krocza.

Jednakże większość ekspertów uważa, że ciążę u chorych ze zmianami tego typu należy zakończyć drogą cięcia cesarskiego. Jeśli jednak położnik zdecyduje się na poprowadzenie porodu drogami natury, z uwagi na prawdopodobieństwo wystąpienia nowych bądź nasilenia istniejących zmian okołoodbytowych, unika się nacinania krocza. Pacjentki z niepowikłaną chorobą Leśniowskiego-Crohna mogą rodzić siłami natury.





Karmienie piersią

Ogólnie wiadomo, że karmienie dziecka piersią ma wiele zalet, włącznie ze zmniejszonym ryzykiem rozwoju nieswoistych zapaleń jelita w późniejszym życiu. Natomiast nie ma danych o ryzyku wystąpienia NZJ u niemowląt karmionych piersią przez matki z NZJ. Wykazano, że karmienie piersią nie wpływa na aktywność choroby matki w okresie połogu.

Choroba zapalna jelita nie wyklucza stosowania naturalnego sposobu karmienia. Jedynym przeciwwskazaniem do karmienia piersią przez kobiety chore na NZJ mogą być leki, których stosowanie w okresie karmienia piersią jest objęte silniejszymi restrykcjami, niż w czasie ciąży. Poniżej podano ogólne zasady dopuszczalności leczenia w okresie karmienia.

Aminosalicylany

Stosowanie sulfasalazyny i mesalazyny jest bezpieczne w okresie karmienia piersią, lecz ze względu na nieliczne doniesienia o wystąpieniu biegunki u noworodków karmionych przez matki przyjmujące leki z tej grupy, zaleca się zachowanie ostrożności. Jest to szczególnie istotne u noworodków urodzonych przedwcześnie lub z hiperbilirubinemią (podwyższony poziom bilirubiny we krwi).

W przypadku wystąpienia biegunki lub innych niepokojących objawów karmienie piersią należy przerwać lub zmodyfikować leczenie.

Glukokortykosteroidy

Glukokortykosteroidy są uważane za bezpieczne dla dzieci karmionych naturalnie. Nie ma doniesień, aby sterydy przyjmowane przez matkę w dawce poniżej 20 mg/dobę miały szkodliwy wpływ na niemowlę karmione piersią. Osiągają one niewielkie lub nawet niewykrywalne stężenia w mleku matki. Poziom leku w osoczu spada o 50% w ciągu 3 godzin od jego przyjęcia. Aby zmniejszyć ekspozycję noworodka na sterydy, można zalecić karmienie piersią po 4 godzinach od przyjęcia leku. Nie jest to jednak konieczne u matek, które przyjmują mniej niż 20 mg/dobę kortykosterydów.

Należy podkreślić, że u kobiet chorych na WZJG ze zmianami zapalnymi ograniczonymi do odbytnicy, esicy lub lewej strony jelita grubego preferowane powinno być podawanie leków doodbytniczo w postaci czopków, pianek lub wlewek zarówno w okresie karmienia piersią, jak i w czasie ciąży.

Budesonid przenika do mleka matki. Dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania budesonidu podczas karmienia piersią pochodzą z badań alergologicznych, gdzie stosuje się inną postać leku i w dużo mniejszych dawkach.

Leki immunosupresyjne

Leki immunosupresyjne wydzielane są z mlekiem matki i mogą mieć wpływ na układ odpornościowy dziecka. Azatiopryna i 6-merkaptopuryna przenikają do mleka matki osiągając w nim bardzo niskie lub niewykrywalne stężenia. Uważa się więc, że nie stanowią ryzyka dla dziecka karmionego pokarmem matki, jednak podobnie jak w przypadku każdego leku poleca się zachować szczególną ostrożność w okresie laktacji.

Cyklosporyna i metotreksat są przeciwwskazane podczas karmienia piersią ze względu na ich wpływ na wzrost dziec-

ka i możliwy proces karcynogenezy (wieloetapowy proces zachodzący na poziomie komórki, który może prowadzić do rozwoju nowotworu).

Antybiotyki

Metronidazol i cyprofloksacyna nie powinny być stosowane w okresie karmienia, gdyż przedostają się do mleka. Amoxycylina może być stosowana.

Inne leki

Salicylan bizmutawy zasadowy nie jest zalecany u kobiet karmiących. Loperamid i lomotil również nie są zalecane. Atropina może zaś wpływać niekorzystnie na laktację. Leczenie kaolinem i pektynami może być kontynuowane w czasie karmienia piersią.

Badania wykazały, że po 4 godzinach od przyjęcia doustnie 15 mg midazolamu, poziom leku i jego metabolitów jest niewykrywalny. Stąd kobiety, które otrzymały midazolam np. w czasie badania endoskopowego, mogą karmić piersią po 4 godzinach od przyjęcia leku.

Leki biologiczne

Leczenie biologiczne infliksimabem, adalimumabem oraz certolizumabem pegol może być bezpiecznie stosowane w okresie laktacji. Ich stężenie w mleku matki jest niewielkie, co nie stwarza zagrożenia dla dziecka.

Podsumowanie dopuszczalności stosowania, w czasie laktacji, podstawowych dla NZJ leków przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Bezpieczeństwo leków stosowanych w NZJ podczas karmienia piersią

Bezpieczne	Bezpieczeństwo ograniczone lub brak danych	Przeciwwskazane
Mesalazyna	Infliksimab	Metotreksat
Sulfasalazyna, olsalazyna	Azatiopryna	Talidomid
Kortykosteroidy (<20 mg/dobę prednizolonu)	6-merkaptopuryna	Cyklosporyna





Dziedziczność NZJ

Nieswoiste zapalenia jelita nie są chorobami dziedzicznymi w ścisłym znaczeniu. Dziecku przekazywana jest predyspozycja do zachorowania w określonych okolicznościach. Zwiększone ryzyko rozwoju choroby obserwowane jest u krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) oraz u bliźniąt jednojajowych (monozygotycznych) w porównaniu z bliźniętami dwujajowymi. Jeśli na chorobę Leśniowskiego-Crohna choruje jedno z rodziców ryzyko zachorowania dziecka na tę chorobę wynosi 7,5%, a około 10% dla wszystkich form NZJ. W przypadku, gdy oboje z rodziców chorują na ch. L-C, to ryzyko rozwoju choroby u potomstwa może sięgnąć nawet 36%. Jeśli jedno dziecko jest chore, ryzyko zachorowania rodzeństwa wynosi 2-6%, a rodzica 1-5%.

Uważa się również, że występowanie w rodzinie innych chorób o podłożu autoimmunologicznym takich jak łuszczyca, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń czy rumień guzowaty zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania potomstwa na NZJ. Choroba Leśniowskiego-Crohna występuje częściej w populacji Żydów aszkenazyjskich. Jak wskazują najnowsze badania, udział czynnika dziedzicznego jest wyższy dla choroby Leśniowskiego-Crohna, szczególnie gdy rodzic ma mutację w genie NOD2/CARD15.

Inne czynniki

Palenie papierosów przez matkę w ciąży oraz w okresie okołoporodowym, a także bierne narażanie dziecka na dym tytoniowy oraz palenie w późniejszym życiu zwiększa ryzyko wystąpienia choroby Leśniowskiego-Crohna. Nie ma dowodów, że ekspozycja na wirusa odry zwiększa ryzyko rozwoju NZJ.

Często w okresie ciąży występuje konieczność suplementacji preparatami żelaza. U kobiet chorych na NZJ podawanie doustnie żelaza może być źle tolerowane. W takich przypadkach żelazo powinno być podawane drogą dożylną (kategoria B).

Podsumowanie

Ponieważ większość zachorowań na nieswoiste zapalenia jelita dotyczy osób młodych, w okresie zakładania rodziny, pojawiają się pytania, czy przewlekła choroba wpłynie na szansę zapłodnienia, przebieg ciąży i zdrowie dziecka. Odpowiedzi na te pytania staraliśmy się przedstawić w tym poradniku.

Większość związków, w których jeden z partnerów jest obarczony chorobą dochowają się zdrowego potomstwa. Należy jednak pamiętać, że zapłodnienie należy planować w okresie remisji choroby, a kontynuowanie odpowiednio dobranej terapii w okresie ciąży zwiększa szansę na urodzenie zdrowego dziecka z normalną masą urodzeniową. Ciąża powinna być prowadzona, we współpracy, przez lekarza gastroenterologa, ginekologa i niekiedy psychologa i dietetyka, którzy zastosują leczenie najlepsze i dla matki i dla dziecka.

Ważne adresy:

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita "J-elita" Zarząd Główny
ul. Ks. Trojdena 4, 02-109 Warszawa
tel. 695 197 144 (pn-pt 9:00-14:00)
e-mail: *biuro@j-elita.org.pl*; http://j-elita.org.pl

Oddziały Towarzystwa "J-elita"

Oddział Dolnośląski
Klinika Gastroenterologii i Hepatologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
e-mail: *oddzial.dolnoslaski@j-elita.org.pl*

Oddział Kujawsko-Pomorski
Centrum Endoskopii Zabiegowej
Szpital Uniwersytecki nr 2
ul. Ujejskiego 75, 5-168 Bydgoszcz
e-mail: *oddzial.kujawsko-pomorski@j-elita.org.pl*

Oddział Lubelski
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny,
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
al. Kraśnicka 100, 20-718 Lublin
e-mail: *oddzial.lubelski@j-elita.org.pl*

Oddział Łódzki
e-mail: *biuro@j-elita.org.pl*

Oddział Małopolski
Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia
Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii CM UJ
ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków
e-mail: *oddzial.malopolski@j-elita.org.pl*

Oddział Mazowiecki
ul. Ks. Trojdena 4, 02-109 Warszawa
e-mail: *oddzial.mazowiecki@j-elita.org.pl*

Oddział Podkarpacki
e-mail: *oddzial.podkarpacki@j-elita.org.pl*

Oddział Podlaski
Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej, UDSK Białystok
ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok
tel. 85 7450 709

Oddział Pomorski
Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii
i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk
e-mail: *oddzial.pomorski@j-elita.org.pl*

Oddział Śląski
Centrum Medyczne SIGNUM
ul. Hierowskiego 70, 40-750 Katowice
e-mail: *oddzial.slaski@j-elita.org.pl*

Oddział Warmińsko-Mazurski
Poradnia Gastroenterologiczna
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy
ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn
e-mail: *oddzial.warminsko-mazurski@j-elita.org.pl*

Oddział Zachodniopomorski
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin
e-mail: *oddzial.zachodniopomorski@j-elita.org.pl*

Inne ważne adresy:

Forum internetowe dla osób chorych na NZJ:
www.crohn.home.p

European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations
www.efcca.org

Rejestr Choroby Leśniowskiego-Crohna
www.chorobacrohna.pl

Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO
www.polilko.pl

„Apetyt na Życie" Stowarzyszenie pacjentów żywionych pozajelitowo i dojelitowo
www.apetytnazycie.org

Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (POLSPEN)
www.polspen.pl

Polskie Stowarzyszenie Colitis Ulcerosa i Choroby Crohna
www.colitis-crohn.org.pl

1% - z PIT-a przekaż na J-elita

Towarzystwo „J-elita”
zachęca do wpłacania 1% podatku przy rozliczaniu PIT-ów.

1% **KRS 0000238525** 1%

Pomocne informacje na stronie internetowej
http://www.j-elita.org.pl/

Twój 1% pomoże w naszej działalności:

Wydajemy

Kwartalnik „J-elita”, poradniki, a dla najmłodszych komiksy.

Walczymy o

- lepszą refundację leków,
- dostęp do nowoczesnego leczenia,
- szybszą diagnostykę i łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów.

Wspieramy

oddziały leczące chorych na NZJ.

Prowadzimy

- spotkania z lekarzami, psychologami, dietetykami, prawnikami itp.,
- turnusy rehabilitacyjne i integracyjne,
- krótkoterminowe wyjazdy szkoleniowe,
- choinki i zabawy dla dzieci,
- poradnictwo drogą mailową i telefoniczną,
- stronę internetową.

1% podatku mogą przekazać:
- ryczałtowcy – PIT 28, - przedsiębiorcy – PIT 36,
- przedsiębiorcy-liniowcy – PIT 36L,
- pracownicy – PIT 37, - gracze giełdowi – PIT 38,
- osoby, które sprzedały nieruchomość – PIT 39.