



Poročilo srečanja LGN sekcije z dne 13.4.2015

Maksim Bešič

Uvod

V ponedeljek, 13.4.2015, smo se udeležili predavanja na temo Kako kronična vnetna črevesna bolezen vpliva na načrtovanje družine. Predavala je prof. dr. Ksenija Geršak, dr. med., spec. ginekologije in porodništva. Srečanje je potekalo v ZD Ljubljana – Center, začelo se je ob 17.00. Udeležilo se ga je 26 članov.

Predavanje

Prof. Geršak se je dotaknila vseh pomembnejših tem, ki so povezane s KVČB in načrtovanjem družine, seveda je bil poudarek na ginekoloških temah. Po uvodu je nekaj povedala o plodnosti. Stopnja neplodnosti je v splošni populaciji približno 10%, prav tako kot v populaciji bolnic s KVČB, seveda če bolnice niso imele operacij in so brez znakov aktivne bolezni. Najpogostejši vzroki za neplodnost so mehanski: okvara jajcevodov, disfunkcija jajčnikov. Pomembni so tudi boleči spolni odnosi, zaradi perianalne ali medenične oblike bolezni. Huda oblika bolezni in motnje prehranjenosti lahko povzročijo nepravilnosti menstrualnega ciklusa in posledično neplodnost. Prav tako so pomembne tudi okvare in bolezni jeter, ki pomembno sodelujejo pri nastajanju spolnih hormonov in tako lahko vplivajo na plodnost. Plodnost žensk po posegih v medenični votlini je lahko zmanjšana, vzroki pa so hidrosalpingi, okvara fimbrij in zaprtje jajceveda. S stališča plodnosti ni pomembno, ali je bila operacija klasična ali laparoskopna. Bolnice s KVČB, ki po **6 mesecih** (pri zdravih po 1 letu) rednih spolnih odnosov ne zanosijo, gredo v diagnostični postopek. Pomaga se jim lahko z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo (spodbujanje ovulacije, intrauterina inseminacija). Stopnja IVF (in vitro fertilisation – oploditev jajčeca zunaj telesa) je v splošni populaciji 2,2%, pri bolnicah s Crohnovo boleznijo pa kar 8,5%. Pomembno je, da je stopnja uspešnosti postopka IVF pri obeh skupinah enaka. Ni dokazov, da zdravila za KVČB vplivajo na plodnost žensk.

Od plodnosti smo prešli na samo nosečnost. V splošni populaciji se 92% nosečnosti konča uspešno, v populaciji bolnic s KVČB pa nekaj manj, 80%. Najpomembneje je, da ženska zanosí, ko je njena bolezen v remisiji. V veliko primerih se KVČB med nosečnostjo izboljša, saj mora telo sprejeti zarodek, tako da tvori manj protiteles in s tem izboljša avtoimuni del etiologije KVČB. Če bolnica zanosí v mirovanju bolezni, pride samo v eni tretjini primerov do zagona bolezni med nosečnostjo. Medtem ko zanositev med aktivno boleznijo pomeni, da pri dveh tretjinah bolnic ostane bolezen aktivna, med temi pa v dveh tretjinah celo pride do poslabšanja, česar se najbolj bojimo.

Pri temi zdravila v nosečnosti je prof. Geršak poudarila, da se preveč bojimo in zavračamo zdravila v času nosečnosti. Med varna zdravila v nosečnosti sodijo: amino-salicilati, sulfasalazin, kortikosteroidi, azatioprin in 6-merkaptopurin. Med verjetno varna (niso še dovolj dolgo v uporabi, da bi zagotovo sodila med varna, a bodo v prihodnosti verjetno varna) sodijo: adalimumab (samo v 3% prehaja v materino mleko, ni kontraindikacija za dojenje), ciklosporin in budesonid. Med kontraindicirana pa: talidomid in metotreksat. Kortikosteroidi in budesonid prehajata skozi posteljico, a se hitro pretvorita v manj aktivne presnovke in imata majhno tveganje za nepravilnosti ploda. Azatioprin in 6-merkaptopurin prehajata skozi posteljico, večina študij je pokazala varno jemanje in ni povečanega tveganja za nepravilnosti ploda. Študije pri miših in opicah niso pokazale neželenih učinkov adalimumaba ali primerljivih protiteles na razvoj zarodka. Visoke doze ciklosporina med celotno nosečnostjo lahko privedejo do nižje porodne teže novorojenčka (zahirančki). Izpostavljenost metotreksatu in talidomidu v prvem trimesečju privede so splava, zastoja rasti, prirojenih nepravilnosti (centralno živčevje, okvare okončin). Metotreksat poveča kromosomske nepravilnosti v jajčnih celicah, njegovi presnovki ostanejo v telesu dlje, zato je 3-6 mesecev pred zanositvijo potrebno prekiniti jemanje metotreksata tako pri moških kot tudi pri ženskah.

Pri porodu je pristop multidisciplinaren. Sodelujejo ginekolog, gastroenterolog in kolorektalni kirurg. Carskega reza na željo v Sloveniji ni, način poroda se izbere glede na ginekološka priporočila. Sicer so carski rezi planirani (pri tistih, pri katerih vaginalni porod ni možen) in nujni. Indikaciji za carski rez sta prezgodnji porod in nizka porodna teža. Na splošno se soočamo s problemom naraščanja carskih rezov. V splošni populaciji je teh 16,2%, med KVČB bolnicami 24,5% in med bolnicami s Crohnovo boleznijo 28,8%. Ni razlike med številom planiranih in

nujnih carskih rezov. Prezgodnjih porodov (pred 37.tednom nosečnosti) je v splošni populaciji 6,5%, pri KVČB bolnicah 13,6% in bolnicah s Crohnovo boleznijo 18,6%. Tudi splavov je več v skupini s KVČB – 26,4%, bolnice s Crohnovo boleznijo 30,5% in splošna populacija 12,7%.

Zaključek

Predavanje je prof. Geršak zaključila optimistično. Sama je imela veliko uspešnih nosečnic s KVČB. Pomembno je, da se pred zanositvijo bolnica posvetuje z ginekologom in gastroenterologom, posebno če je na metotreksatu, saj se ga more ukiniti 3-6 mesece pred zanositvijo. Prav tako je zaželeno, da zanosi v remisiji bolezni in da med nosečnostjo ne preneha z jemanjem zdravil za KVČB. Na koncu predavanja je imelo veliko udeležencev tudi vprašanja, na katere je zdravnica z veseljem odgovorila, na nekatera izmed njih, pa je obljubila, da bo odgovorila po posvetu s kolegi. Prav tako bo z nami delila izveček predavanja, katerega bomo objavili v spletni učilnici. Po prigrizku smo se, polni želja po še več podobnih predavanjih, odpravili vsak na svoj konec Slovenije. Srečanje je trajalo do 19.30.