

Cartilhas

GEDIB

Gravidez em
pacientes com
doença inflamatória
intestinal (DII)



Gravidez em pacientes com doença inflamatória intestinal



Esta é uma iniciativa do GEDIIB de favorecer o acesso dos Médicos especialistas em DII a uma forma lúdica de informar seus pacientes sobre aspectos decisivos das doenças. Este material foi produzido pelos médicos do GEDIIB com o intuito de fornecer subsídios lúdicos para Médicos especialistas explicarem as Doenças inflamatórias intestinais aos seus pacientes

Esta cartilha visa orienta-lo quanto a possíveis perguntas que podem surgir durante o acompanhamento de pacientes com DII e também assuntos que devem ser abordados. Importante lembrar que, por vezes deve-se envolver a família da paciente no momento da orientação principalmente quando a paciente demonstra desejo de engravidar.

Se a paciente já estiver grávida, torna-se importante tirar dúvidas e contatar o obstetra e o pediatra visando dar maior tranquilidade a ela.

De forma didática, vamos fornecer estas orientações de acordo com as perguntas mais frequentemente realizadas pelas pacientes.

1) Será que a mulher pode engravidar tendo DII?

As mulheres com DII têm as mesmas chances de ter uma gravidez e um parto normal, como quaisquer outras mulheres. A maior parte dos problemas ocorre



quando as pessoas engravidam durante a doença na fase ativa.

Há informações que dão conta que mulheres que tem ileostomizadas, como tratamento da RCU ou da DC, têm a fertilidade um pouco reduzida. Se esse procedimento não for urgentemente necessário e a mulher desejar ter filhos, aconselha-se conversar com o médico especialista sobre o melhor momento para a cirurgia.

2) A mulher desejosa de engravidar deve suspender ou trocar alguma medicação?

Importante sempre conversar sobre as medicações com a paciente, principalmente em idade fértil, pois há uma tendência por parte dessas, de não adesão ao tratamento e, geralmente, isto não é comunicado ao médico que acompanha a paciente. Entretanto medicamentos como o metotrexato e a talidomida, e mais recentemente o tofacitinibe, devem ser suspensos antes ou durante a gravidez, devido a possíveis efeitos tóxicos no desenvolvimento do feto ou do recém-nascido.

3) Se o marido tem DII e usa medicamentos, a esposa terá dificuldades para engravidar?

Neste caso, temos outro problema. Se ele usa sulfassalazina, pode haver dificuldade dela engravidar porque este medicamento pode reduzir a contagem de espermatozoides. Portanto, esta medicação deve ser substituída por mesalazina, com a devida aprovação do médico assistente. Se o homem estiver em uso de metotrexato, deve suspender o uso da medicação por um período mínimo



de três meses antes da concepção, para evitar a má formação do feto.

4) A gravidez pode piorar a doença inflamatória intestinal?

As mulheres, antes de engravidar, devem certificar-se de que estão fisicamente bem. Não é uma boa ideia engravidar no período de crise da doença, no início de

um novo tratamento, ou se estiver fazendo uso de corticoides, isso porque mais da metade das pacientes pode piorar ou manter atividade da doença durante a gravidez. Importante não interromper o uso da medicação quando descobrir que estão grávidas, por medo de comprometer o bebê. A doença pode se agravar durante a gestação, evoluir de forma ruim, aumentando a possibilidade de parto prematuro e aborto espontâneo. A possibilidade de a criança ter defeitos congênitos não parece estar aumentada em gestantes com DII. A paciente grávida também deverá manter o uso de medicamentos, segundo recomendação médica, mesmo que isso inclua o uso de esteróides (o

médico provavelmente reduzirá a dose da medicação ou alterará o tratamento se necessário) ou fará algumas mudanças no tratamento se houver necessidade. Em alguns casos, a DII melhora durante a gravidez. Isso ocorre porque na gravidez, o corpo suprime o sistema imunológico para evitar a rejeição ao feto, mas em geral não interfere com a atividade da doença. Se a doente estiver em remissão, a maioria das pacientes assim permanece.

5) O filho desta paciente pode ter DII?

Sabemos que existem vários fatores envolvidos no surgimento das DII, entre estes encontram-se fatores genéticos, ambientais (por exemplo, tabagismo) e imunológicos do próprio paciente. Portanto, o fato da mãe ter DII não significa que o filho também terá. A chance da



criança não ter DII, se apenas um dos pais tiver a doença, é de 95% e esta possibilidade ainda é pequena se os pais forem da religião judaica (90%). Se ambos os pais tiverem DII, a chance da criança não ter DII é de 65%.

6) Que medicações podem ser utilizadas na gravidez?

Sempre se deve mostrar a importância da gravidez planejada em função de cada esquema terapêutico. Na maioria dos casos, a medicação em uso é segura e, como já dito antes, deve ser mantido durante a gravidez. Se a condição da gestante muda, as dosagens e até a medicação poderão mudar também. Sempre será avaliada a relação benefício e risco para a mãe e a criança. As medicações não devem ser suspensas sem orientação do médico assistente e, o médico obstetra deve estar ciente destas decisões assim como a paciente e seus familiares. Veja abaixo uma lista das medicações mais comuns que estas pacientes podem estar utilizando:

- Aminosalicilato: Sulfassalazina e outros compostos 5-ASA, tais



como a mesalamina, não aumentam os sintomas e não prejudicam o feto.

- Corticóides: Corticóides: a Prednisona e outros da mesma classe são seguros durante a gravidez, embora o ideal seria que a paciente já tivesse suspenso seu uso três meses antes do início da gravidez.
- O fato da mulher engravidar, não contraindica o uso de esteróides, estes podem até ajudar o amadurecimento do pulmão do feto.
- Imunomoduladores (imunossupressores): a azatioprina e a 6-mercaptopurina parecem seguras durante a gravidez, em dosagens



padrão. Homens e mulheres devem evitar o metotrexato, devendo seu uso ser suspenso por um período de 3 a 4 meses antes da concepção.

- **Biológicos:** a gravidez se desenvolve de forma semelhante à das mulheres que não usam estas medicações. Se a paciente usa um biológico Anti TNF (Infliximabe-IFX, Adalimumabe- ADA), estes parecem não se associarem a maior risco para o feto ou para a gravidez,

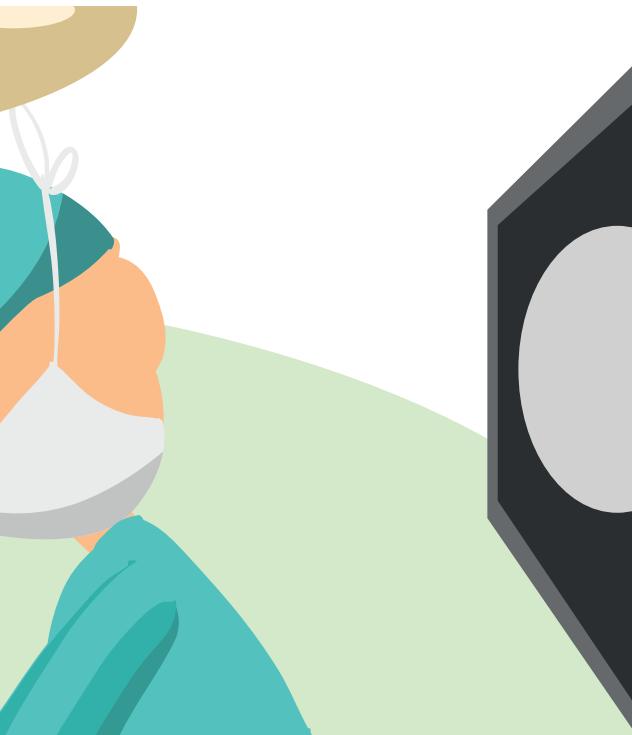
entretanto, por atravessarem a placenta, dependendo da atividade da doença, de sua gravidade e do desejo materno, pode-se optar por sua suspensão temporária, na 32^a sem gestacional (IFX) ou na 34^a sem (ADA), e ser reiniciadas após o parto (24h pós parto normal e 48h após cesariana), limitando a pas-



sagem da medicação ao feto. Esta suspensão permite que as crianças nascidas, possam utilizar vacinas com vírus vivo atenuado nos primeiros seis meses de vida (BCG e rotavirus) com segurança. As vacinas com vírus inativados podem ser empregadas normalmente. Estas medicações podem ser reiniciadas após o parto (na semana 40). No caso do certolizumabe, outro

medicamento anti-TNF, por não atravessar a barreira placentária, não há necessidade de suspensão, tornando-se uma opção mais segura. Entretanto isso não justifica a mudança de medicação anti-TNF, se a paciente já estiver grávida.

- Outras classes de biológicos, como Ustequinumabe e vedolizumabe, se em intervalos habituais, devem ser planejadas para uso até 6-10



morte, logo não pode ser usada na gravidez.

8. Caso seja necessária uma cirurgia intestinal durante a gravidez, o que pode acontecer?

A cirurgia é uma possibilidade e poderá ser realizada se houver risco para a paciente e, dependendo das opções cirúrgicas, deverá também ser avaliado o risco para o feto. As indicações são as mesmas das mulheres não grávidas. Nas pacientes com doença muito grave, o risco para o feto torna-se maior caso a paciente não se submeta à cirurgia. Porém a melhor atitude é, caso isso seja possível, esperar o final da gestação para só então realizar a cirurgia.

sem antes do parto) e retomadas pós parto. O ideal é não haver troca de biológico na gestação.

- Antibióticos (metronidazol e ciprofloxacina): estes medicamentos devem ser evitados durante a gravidez, principalmente no primeiro trimestre. Se possível suspendê-los 3 a 6 meses antes da concepção.
- Talidomida: essa droga causa defeitos na formação fetal e até a sua

9. É possível ter um parto normal ou é necessário realizar cesariana?

O tipo de parto deve ser por indicação obstétrica, mas sempre compartilhada com a paciente e a equipe multidisciplinar (obstetra, gastroenterologista e coloproctologista). Algumas observações: no parto normal associado a episiotomia, o surgimento de DC perianal é incomum. Esta via de parto está contraindicada



em pacientes com DC perianal ativa, passado de fístula retovaginal, ou envolvimento retal com atividade, exceto nas pacientes com passado de doença perianal mas inativa atualmente, o risco de recaída é baixo.. O parto normal está contraindicado em pacientes com DC perianal ativa ou com envolvimento retal com atividade, entretanto nas pacientes que já tiveram doença perianal, mas no momento está se encontra inativa, o risco de recaída da DC perianal é baixo. Nas pacientes com RCU operadas, é necessária orientação do médico especialista . A presença de bolsa ileo-anal ou anastomose ileo-retal nas mulheres com DII pode ser indicação relativa para cesariana, mas a decisão deve ser individualizada.

10- A mulher pode amamentar seu filho normalmente?

A amamentação por mães sem DII, tem sido associada a um efeito protetor no desenvolvimento precoce desta doença na criança. No caso das mães com DII, a amamentação não está associada a risco aumentado de recaída de doença, podendo ter até um efeito protetor. Durante a amamentação está contraindicado o uso de Metotrexato,

ciclosporina, metronidazol, ciprofloxacina, tofacitinibe. Todos os outros medicamentos, inclusive os biológicos, não são contraindicados durante amamentação, sendo considerados de baixo risco para a criança. Evitar uso de “bombinhas” para retirar leite. associada a risco aumentado de recaída de doença. Se utilizando corticoide ou azatioprina, o ideal seria um prazo de 4 horas de intervalo após o uso da medicação para amamentar.

Referências

1. C.J. van der Woude, S. Ardizzone, M.B. Bengtson, G. Fiorino, G. Fraser, K. Katsanos, S. Kolacek, P. Juillerat, A.G.M.G.J. Mulders, N. Pedersen, C. Selinger, S. Sebastian, A. Sturm, Z. Zelinkova, F. Magro, for the European Crohn's and Colitis Organization (ECCO); The Second European Evidenced-Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2015; 9(2) :107-124
2. J P Miller, Inflammatory bowel disease in pregnancy: a review. *J R Soc Med*. 1986;79(4):221-5.
3. Briggs GG, et al. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
4. Huang VW, Chang HJ, Kroeker KI, et al. Management of Inflammatory Bowel Disease during Pregnancy and Breastfeeding Varies Widely: A Need for Further Education. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2016;2016:6193275.
5. Mahadevan U1, Wolf DC, Dubinsky M, Cortot A, Lee SD, Siegel CA, Ullman T, Glover S, Valentine JF, Rubin DT, Miller J, Abreu MT. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013 Mar;11(3):286-92;
6. Kanis SL and van der Woude CJ. Mistakes in inflammatory bowel disease and reproduction and how to avoid them. *UEG Education* 2016;16:20-23
7. Mahadevan, Uma et al. Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy Clinical Care Pathway: A Report From the American Gastroenterological Association IBD Parenthood Project Working Group. *Gastroenterology*, 2019, 156 (5) :1508 - 1524



Autora: Cyrla Zaltman

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestrado em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutorado em Gastroenterologia pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Associado em Gastroenterologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós doutorado no Hospital Clinic-Barcelona. Coordenadora de protocolos clínicos com novos medicamentos do Serviço de Gastroenterologia.

Copyright @ gediib, 2020 - Direitos totais reservados com exclusividade pelo Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil - GEDIIB - Reprodução total ou parcial proibida. Av. Brigadeiro Faria Lima 2391 - 10 andar - CEP 01452-000 - www.gediib.org.br

Cartilhas

GEDIB

GRUPO DE ESTUDOS DA
DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL DO BRASIL

www.gediib.org.br