

## Amamentação

Os aminossalicilatos são considerados seguros na lactação, assim como as tiopurinas e os corticoides. Já a ciclosporina deve ser evitada na lactação pelo risco de toxicidade renal e da medula óssea na criança.

Os agentes anti-TNF (infliximabe, adalimumabe) atravessam a placenta, enquanto o certolizumabe não, por causa da ausência do fragmento Fc. Eles são encontrados no sangue do cordão umbilical, mas não no leite materno. O vedolizumabe e o ustekinumabe são considerados seguros na lactação.

Concluímos que a maioria dos medicamentos prescritos para DII é indetectável no leite materno ou está presente em concentrações tão baixas que não seria de esperar que causassem danos ao bebê. Lembramos que apenas o metotrexato e o tofacitinibe estão contraindicados na amamentação.





A orientação é que as mães procurem adotar uma dieta com hidratação adequada e mantenham o peso e as medidas propícias para contracepção nesse período.

## Pacientes ostomizadas

Algumas situações podem ocorrer nas pacientes com ostomia: deslocamento; aumento; retração; estenose e prolapso do estoma, em razão do alongamento da parede abdominal na região da linha alba. Assim, as pacientes devem ser acompanhadas por uma nutricionista, se necessário, para evitar ganho excessivo de peso durante a gravidez. Os cuidados pós-parto podem exigir avaliação com um cirurgião colorretal e uma enfermeira de ostomia/ferida. Se for necessária uma cesariana, cobrir a ostomia com gaze é indicado para proteger o campo operatório.



📍 SHIS QI 15, Conjunto G, Lago Sul, Brasília-DF ☎️ (61) 3704 9000

🌐 [www.hospitalbrasil.com.br](http://www.hospitalbrasil.com.br)     Hospital Brasília

# DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (DII) E GRAVIDEZ



## Doenças inflamatórias intestinais (DII) e gravidez

Os pacientes portadores de DII devem, desde o diagnóstico, conversar com seu médico sobre o desejo de conceber, para receber orientação e melhor planejamento de uma futura gestação. Essa recomendação é válida tanto para homens quanto para mulheres. Pacientes masculinos e femininos precisam de aconselhamento pré-gestacional para ajudá-los a administrar melhor sua condição antes que ocorra a concepção.

É importante que a mulher saiba que a melhor época para engravidar é quando a doença estiver em remissão e bem controlada. Uma gravidez durante a doença ativa pode levar a abortos, prematuridade, baixo peso ao nascimento etc.

### Reprodução

Nas mulheres com DII, a fertilidade é normal ou apenas minimamente prejudicada. A maioria dos estudos não mostra resultados adversos de gestações em pacientes com DII em uso das medicações habituais.

Os agentes contraindicados em mulheres que consideram a gravidez são o metotrexato (MTX) e a talidomida, que demonstraram efeitos teratogênicos. Se houver uma gravidez inadvertida em uso dessas medicações, a paciente deve contatar seu médico imediatamente. O MTX deve ser descontinuado três meses antes da concepção planejada.

Para homens com DII, a sulfassalazina pode diminuir a contagem e a motilidade dos espermatozoides, causando sua falta no sêmen, o que leva a casos de infertilidade. Já a mesalazina não tem esse efeito. Os danos no espermatozoide são reversíveis com a interrupção da sulfassalazina.

Outra preocupação levantada inclui a redução potencial da fertilidade com a colectomia total abdominal com cirurgia da bolsa ileoanal (IPAA), principalmente por causa de aderências. Essa possibilidade provavelmente pode ser reduzida por meio de uma abordagem laparoscópica.

### Gravidez

A maioria dos bebês nascidos de pais com DII é saudável. A prevalência de prematuridade, natimortalidade e defeitos congênitos é semelhante à da população em geral. Já a chance de aborto espontâneo é um pouco maior em pacientes com DII (12,2%) do que na população em geral (9,9%). A proctocolectomia ou ileostomia prévia não é um impedimento ao sucesso da gravidez.

Os aminossalicilatos – incluindo a sulfassalazina – são seguros durante a gravidez. Suplementos de folato devem ser tomados. Os corticosteroides também são seguros e devem ser usados apenas para o controle da exacerbação da doença, e não como manutenção, pois aumentam o risco de o bebê apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e diabetes gestacional. Se forem necessárias doses

altas perto do final da gravidez, deve haver monitorização do recém-nascido quanto à possibilidade de supressão da adrenal.

A continuação dos imunossuppressores tiopurinas (isto é, 6 mercaptopurina, azatioprina) parece ser segura na gravidez, com a orientação de não iniciá-los durante a gestação.

Os antibióticos poderão ser usados em casos de doença perianal e bolsite, mas nunca como manutenção. A amoxicilina e o metronidazol devem ser preferidos à ciprofloxacina.

É considerado seguro continuar o uso de inibidores do TNF-alfa durante a gravidez. Não há documentação de nenhum dano fetal com o uso de qualquer um dos agentes anti-TNF durante a gravidez. O certolizumabe não atravessa a placenta. Alguns autores recomendam manter os biológicos durante a gestação, já outros indicam suspendê-los no terceiro trimestre para reduzir a transferência placentária de medicação próxima à data do parto, com exceção ao certolizumabe.

O vedolizumabe e o ustekinumabe ainda apresentam evidências limitadas. Estudos mais recentes orientam suspendê-los 6 a 10 semanas antes do parto e retornar seu uso no pós-parto. Se já estiverem de 4/4 semanas, suspendê-los 4-5 semanas antes do parto.

Em relação ao tofacitinibe, as informações ainda são escassas em humanos e, por isso, permanece contraindicado na gravidez e na lactação.

### Precauções contraceptivas

Mulheres com a doença de Crohn de intestino delgado, múltiplas cirurgias intestinais e má absorção podem ter a eficácia da contracepção oral reduzida. Anticoncepcional adicional é recomendado para as mulheres que usam anticoncepcionais hormonais combinados e que também estão recebendo regimes de antibióticos por 4 a 8 semanas após a interrupção do antibiótico. Além disso, considere que os agentes contraceptivos podem aumentar o risco de doenças associadas à DII (por exemplo, osteoporose e tromboembolismo venoso), por isso, os preferidos são não estrogênicos.

### Tipo de parto

Há recomendação de consulta em pré-natal de alto risco para as pacientes com DII, se disponível, principalmente nos casos de laparotomia prévia; ostomia; cirurgia de bolsa ileoanal; cesariana prévia; tratamento com biológicos ou comboterapia (biológico + imunossupressor); doença ativa em curso; hospitalização recente; doença perianal e desfechos adversos em gestações passadas.

Em relação ao tipo de parto, a decisão precisa ser compartilhada entre paciente, gastroenterologista/proctologista e ginecologista e, em caso de doença perianal ativa e de cirurgias como proctocolectomia com bolsa ileoanal ou fistulotomia, a cesariana deve ser considerada. Vale lembrar que cada caso deve ser analisado individualmente.

Habitualmente, o uso dos anti-TNF é retornado no pós-parto, em 24h do parto vaginal e 48h do parto cesariano.