

باروری و بارداری و شیردهی در بیماری‌های التهابی روده

ترجمه از: دکتر سیدحسین میرمجلسی*

درصد به ۷ درصد در کولیت اولسروز).

مشاوره ژنتیکی

عوامل ژنتیکی در IBD دارای نقش هستند و باید در مشاوره‌های قبل از بارداری مورد بحث قرار گیرند.

روابط متقابل بارداری و زایمان

کولیت اولسروز: در زنان باردار مبتلا به کولیت اولسروز دو گروه از پرسش‌ها مطرح می‌شوند:

- ۱- آیا بارداری بر روی بیماری کولیت اولسروز اثر می‌گذارد؟
- ۲- آیا کولیت اولسروز بر سیر و نتیجه بارداری اثر می‌گذارد؟

۱- اثر بارداری بر کولیت اولسروز:

سیر بیماری در دوران بارداری تا اندازه زیادی به شدت فعالیت بیماری در آغاز بارداری بستگی دارد. در شروع بارداری اگر بیماری خاموش باشد به احتمال زیاد در طول مدت بیماری خاموش باقی می‌ماند. تقریباً یک سوم بیماران در طول بارداری دچار عود بیماری می‌شوند که این امر بیشتر در سه ماه اول بارداری رخ می‌دهد. این نرخ عود بیماری شبیه آن است که در طول سه ماه پیگیری در زنان غیر باردار بتوان با آن برخورد به علاوه اگر آرامش بیماری در دوران بارداری دست دهد غالباً در تمام طول آن باقی می‌ماند.

بر عکس اگر بیماری در شروع بیماری فعال باشد به احتمال زیاد در طول بارداری فعال باقی می‌ماند و ممکن است شدیدتر هم بشود در نتیجه در زنان مبتلا به کولیت اولسروز که می‌خواهند باردار شوند صلاح است که بارداری زمانی شروع شود که بیماری در حال آرامش باشد.

عوارض بارداری در زنانی که بیماری‌شان فعال است شبیه عوارضی است که در زنان غیر باردار مشاهده می‌شود. کولیت برق‌آسا را که در دوران حاملگی رخ می‌دهد می‌توان با کولکتومی درمان کرد و متعاقباً نوزاد سالمی را به دنیا آورد. مع‌هذا جراحی ممکن است با زایمان زودرس و یا سقط جنین همراه شود.

سیر بیماری در دوران پس از زایمان چندان تفاوتی با زمان‌های دیگر ندارد. به علاوه مسایلی که طی یک بارداری پیش می‌آید رابطه‌ای با مسایل احتمالی در بارداری‌های دیگر ندارد. در یک مطالعه مشاهده شد که فعال شدن بیماری در یک دوره سه ساله پس از زایمان ممکن است کمتر از دوره سه ساله قبل از زایمان باشد.

۲- اثر کولیت اولسروز بر بارداری:

در بسیاری از گزارش‌ها نرخ زایمان با نوزاد سالم در بیماران مبتلا به

بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده (IBD) غالباً سؤالاتی در مورد بچه‌دار شدن مطرح می‌کنند. اثر بیماری و داروها بر باروری و بارداری میزان مخاطرات ناشی از مصرف داروها و روش‌های تشخیصی بر زنان باردار و شیرده نیز از پرسش‌هایی است که نیاز به دریافت پاسخ‌های مناسب دارند.

باروری

بیشتر بررسی‌ها نشان داده اند که زنان و مردان مبتلا به IBD از نظر باروری تفاوتی با افراد معمولی ندارند. کاهش نرخ زاد و ولد که در زنان مبتلا به IBD در بعضی مطالعات دیده شده است بیشتر ناشی از انتخاب بیماران است تا حاصل اثرات بیماری بر باروری. با وجود این ناباروری در این بیماران ممکن است به علل زیر مشاهده می‌گردد:

- ۱- مردان ممکن است بعد از پروکتوکولکتومی (به طور نادر) عقیم شوند.

- ۲- سولفاسالازین در مردان ممکن است باعث کاهش تعداد اسپرم‌ها، کاهش تحرک اسپرم‌ها و ناهنجاری‌های شکلی در اسپرم‌ها در بیش از ۸۰ درصد از آنان شود. این عوارض ظرف دو ماه پس از قطع دارو از بین می‌روند و همه چیز به حال اول باز می‌گردد. در ضمن این عوارض با مصرف داروهای 5-ASA به وجود نمی‌آیند. بنابراین در مردانی که می‌خواهند بچه‌دار شوند باید داروهای 5-ASA تجویز شود.
- ۳- این که بیماران مرد مبتلا به بیماری کرون که سولفاسالازین مصرف نمی‌کنند دچار کاهش تعداد اسپرم‌ها می‌شوند یا نه مورد بحث می‌باشد. در یک گزارش در ۴۶ درصد از این بیماران که سولفاسالازین مصرف نمی‌کردند کاهش تعداد اسپرم‌ها مشاهده شد. این امر ممکن است نشان دهنده اثر شدت فعالیت بیماری، وضع تغذیه و احتمالاً تجویز دیگر داروها بر تعداد اسپرم‌ها در این بیماران باشد.

- ۴- کاهش باروری در زنان مبتلا به IBD که مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند گزارش شده است. در یک گزارش از کلیولاند کلینیک ۶۶۲ زن مبتلا به IBD (۳۶۰ بیمار بت بیماری کرون، ۲۵۱ بیمار با کولیت اولسروز و ۵۱ بیمار با کولیت غیر مشخص) که مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند با پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفتند. انواع مختلفی از اختلالات قاعدگی در ۵۸ درصدشان مشاهده شد. بیست و پنج درصد از این زنان همچنین از ناباروری شکایت داشتند. بررسی دیگری در ۴۶۶ زن مبتلا به IBD در شمال شرق اسکاتلند نشان داد که در مجموع مسایل باروری در این بیماران در مقایسه با مردم سالم چندان بیشتر نبوده است مع‌هذا مشابه با نتایج بیماری‌های قبلی ناباروری در زنانی که مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند بیشتر از کسانی بود که مورد عمل جراحی قرار نگرفته بودند (۱۲ درصد به ۵ درصد در بیماری کرون و ۲۵

۲ - اثر بیماری کرون بر بارداری:

تولد نوزاد با وزن کمتر و زایمان زودرس در زنان مبتلا به بیماری کرون بیشتر از زنان سالم است. در مطالعه‌ای در دانمارک نتایج تولد ۵۱۰ نوزاد در بیماران مبتلا به بیماری کرون با ۳۰۱۸ زن سالم مقایسه شد. وزن متوسط نوزادان از مادران بیمار کمتر از مادران سالم بود (۳۱۸۴ گرم با ۳۳۶۸ گرم) به علاوه بیشتر از مادران سالم، در مادران بیمار، نوزادان دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم دیده می‌شد. (۱۰/۴ درصد نسبت به ۴/۷ درصد) و نیز زودتر از ۳۷ هفته به دنیا می‌آمدند (۷/۳ درصد نسبت به ۴/۸ درصد). نتایج اثر بیماری کرون بر وزن نوزاد در این مطالعات همانند نتایج حاصل از تدخین سیگار به مقدار متوسط در زنان باردار بوده است.

گرچه در مطالعه فوق در دانمارک مسئله شدت فعالیت بیماری کرون بر نتایج بارداری بررسی نشده بود ولی در مطالعات دیگر شدت فعالیت بیماری در ابتدای بارداری تأثیر بیشتری داشته است و در این بیماران حصول آرامش (ریمیسیون) در بیماری ممکن است با سختی بیشتری به دست آید.

نتیجه‌گیری‌های حاصل از این مطالعات بر سلامتی نوزادان متولد شده در بارداری‌های بعدی قابل تعمیم نیست؛ گرچه نوزادان با وزن کمتر در موقع تولد ممکن است از نظر آماری دچار بیماری‌های قلبی-عروقی، فشار خون بالا و دیابت قندی بیشتری در سال‌های بعدی زندگی‌شان بشوند ولی اندازه این ریسک‌ها در مادران مبتلا به بیماری کرون آن قدر بالا نیست که تغییری در روش‌های معمولی دوران حاملگی را ایجاب کند.

مع‌هذا پیگیری دقیق رشد جنین در زنان باردار مبتلا به بیماری کرون مخصوصاً اگر بیماری‌شان فعال باشد لازم است. به علاوه توصیه شود زنان بارداری را زمانی شروع کنند که بیماری کرون‌شان در حال آرامش باشد.

خطرات ناشی از انجام روش‌های بررسی در دوران بارداری

انجام سیکمونئیدوسکوپی با فیبروسکوپ در دوران بارداری بی‌خطر است حتی کولونوسکوپی بدون این که عوارضی پیش آید در حین بارداری انجام شده است. مع‌هذا تجربه با کولونوسکوپی در مقایسه با سیکمونئیدوسکوپی کمتر است و بهتر است تا آن جا که ممکن است از انجام کولونوسکوپی در حین بارداری خودداری گردد تا اطلاعات بیشتری در باره بی‌خطر بودن این عمل به دست آید. انجام مطالعات با روش‌های پرتونگاری ممنوع است مگر مواردی که جان بیمار در خطر باشد.

خطرات داروها در دوران بارداری و شیردهی

انتخاب تجویز داروها در دوران بارداری باید مبتنی بر بی‌خطر بودن آنها و نیاز بیماران برای استفاده از آن باشد.

کولیت اولسروز با زنان بدون این بیماری برابر بود. مع‌هذا نتایج متفاوتی هم گزارش شده‌اند. به طور مثال در یک گزارش درصد از نظر آماری معناداری از نوزادان با وزن کمتر از متوسط (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) در زنان مبتلا به کولیت اولسروز مشاهده شد. در یک مطالعه دیگر شامل ۷۵۶ زن مبتلا به IBD بود (کولیت اولسروز و بیماری کرون) نسبت بیشتری از نوزادان پیش‌رس با وزن پایین‌تر نسبت به زنان غیر مبتلا مشاهده شد. معلوم نیست که این نتایج به شدت فعالیت بیماری در این زنان بستگی داشته است یا خیر. خط ناهنجاری‌های مادرزادی یا مرگ بچه در رحم در این زنان بیشتر از دیگر زنان نیست.

بیماری کرون:

هر دو مسئله مطروحه در مورد کولیت اولسروز یعنی اثر بارداری بر بیماری و اثر بیماری بر بارداری در این بیماران هم مطرح است.

۱ - اثر بارداری بر بیماری کرون:

مشابه با آن چه در مورد کولیت اولسروز گفته شد. اگر بیماری در ابتدای بارداری فعال باشد در طول بارداری فعال می‌ماند و بالعکس اگر بیماری در حال آرامش باشد معمولاً این وضعیت در طول بارداری محفوظ باقی می‌ماند. عوارض بیماری کرون در طول بارداری مشابه عوارضی است که در زنان غیر باردار مشاهده می‌شود. فیستول‌ها ممکن است در طول بارداری پیدا شوند در یک گزارش بیماری با فیستول دوره‌های رحمی شرح داده شد به علاوه به ندرت ممکن است در زمان بارداری بیماری کرون به صورت یک عفونت داخل صفاقی تظاهر کند.

در بیماران کرونی با بیماری فعال اطراف مقعدی مسئله نگران کننده این است که ممکن است در نتیجه زایمان از راه واژن فعالیت بیماری مقعدی شدت یابد. در یک گزارش شامل پنج بیمار با ضایعات دور مقعدی (که یکی از آنها زایمان از راه واژن داشت) زایمان از راه واژن باعث تشدید علائم دور مقعدی شد و عمل سزارین پیشگیرانه در سه بیمار همگی به عدم بروز یا تشدید علائم دور مقعدی در آنان نکرد. در یک گزارش دیگر با تعداد کمی از بیماران نتایج بعد از زایمان از راه واژن با و بدون اپیزیوتومی متفاوت بود. در مجموع بسیاری از پزشکان متخصص زنان از انجام اپیزیوتومی اجتناب می‌کنند و انجام عمل سزارین را در زنان مبتلا به بیماری فعال دور مقعدی ترجیح می‌دهند؛ زیرا می‌ترسند که در محل اپیزیوتومی فیستول به وجود بیاید. در بیماران با بیماری آرام شده نوع زایمان باید بر مبنای مسائل مخصوص زنان تعیین شود.

بیماری کرون نیز همانند کولیت اولسروز اتفاقات رخ داده در یک دوره بارداری پیشگوئی کننده مسائل در بارداری‌های بعدی نیست. در یک مطالعه فعال شدن بیماری در یک دوره سه ساله متعاقب بارداری کمتر از دوره سه ساله قبل از آن بود.

سولفاسالازین:

نتایج تجربیات چند ده ساله در مورد مصرف این دارو بی خطر بودن آن را به اثبات رسانده است. در یک گزارش مقایسه‌ای، بین ۲۸۷ زن باردار که سولفاسالازین مصرف می‌کردند با ۲۴۴ زن باردار که سولفاسالازین دریافت نمی‌کردند، هیچگونه عوارض قابل ملاحظه‌ای در بیماران گروه اول نسبت به گروه دوم مشاهده نشد. سولفاسالازین و متابولیت سولفا پیرینی آن در خون بند ناف مشابه غلظت آنها در خون مادر است. مع‌هذا با این غلظت‌ها جابجایی قابل ملاحظه‌ای در بیلی‌روبین چسبیده به آلبومین مشاهده نمی‌شود در نتیجه در سه ماهه آخر حاملگی بر عکس سولفامیدها سولفاسالازین را نباید به خاطر جلوگیری از بروز Kernicterus قطع کرد.

آنتی بیوتیک‌ها:

داروهای آنتی‌بیوتیکی غالباً به بیماران مبتلا به کرون و گاهی به بیماران مبتلا به کولیت اولسروز داده می‌شوند. در میان این داروها مترونیدازول و سیپروفلوکساسین بیشتر از داروهای دیگر به کار رفته‌اند. مطالعات متعددی نشان داده است که مترونیدازول در انسان با افزایش ناهنجاری‌های مادرزادی و یا سرطان همراه نیست. مع‌هذا استفاده دراز مدت این دارو در دوران بارداری مورد اختلاف نظر است زیرا این دارو در موش‌ها سرطان‌زا و در باکتری‌ها جهش آفرین است. با وجود آن این دارو برای دوره‌های کوتاه مدت غالباً در حاملگی تجویز شده است.

بر عکس سیپروفلوکساسین رشد غضروف‌ها را در جانوران و انسان مختل می‌کند و می‌تواند معضلی ایجاد کند. بنابراین تجویز این داروها در اطفال زیر ۱۸ سال و برای زنان باردار ممنوع است. با وجود این در چند گزارش در باره این دارو که در بارداری مصرف شده بود هیچ گونه عارضه مهمی دیده نشده است. هم مترونیدازول و هم سیپروفلوکساسین در شیر ترشح می‌شوند بدین علت تجویز این داروها در دوران شیردهی ممنوع است.

داروهای 5-ASA:

تجربه با داروهای 5-ASA در دوران بارداری و شیردهی کمتر از تجربه با سولفاسالازین است. مع‌هذا تجربیات متعددی نشان می‌دهد که تجویز خوراکی و موضعی داروهای 5-ASA در دوران بارداری بی‌خطر است به عنوان مثال در یک سال بررسی که شامل ۱۶۵ زن باردار دریافت کننده این داروها بود (و از آنان ۱۴۶ نفرشان دارو را در ماه اول بارداری دریافت کرده بودند) نسبت به زنان دیگر ناهنجاری‌های مادرزادی بیشتری مشاهده نشد.

بنابراین همچون زنان غیر باردار مبتلا به IBD در زنان مبتلا به این بیماری نیز می‌توان سولفاسالازین و 5-ASA تجویز کرد مخصوصاً ادامه

درمان با این داروها در طول دوران بارداری برای نگه داشتن آرامش (ریمیسون) بیماری تأکید می‌شود.

کورتیکواستروئیدها:

به علت اهمیت درمانی کورتیکواستروئیدها در انواع بیماری‌های التهابی، این داروها در دوران بارداری به طور گسترده‌ای تجویز شده‌اند. خطر استفاده این داروها به نظر چندان قابل ملاحظه نمی‌آید و تقریباً همه این نتیجه را پذیرفته‌اند که در دوران بارداری اگر این داروها لازم باشند باید مورد استفاده قرار گیرند.

مسائل مربوط به تجویز کورتیکواستروئیدها را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد: اول - پیدایش ناهنجاری‌های مادرزادی (مخصوصاً Cleft palate)، دوم - بروز نارسایی فوق کلیوی در نوزاد، سوم: کمی وزن نوزاد.

با وجود مطالعات انجام شده در جانوران مختلف که در آنها با دادن مقدار زیاد کورتیکواستروئیدها Cleft palate ایجاد شده بود نتایج حاصل از تجویز این داروها در انسان از این نظر متناقض بوده است. به عنوان نمونه در بعضی از مطالعات این خطر افزایش یافته بود از طرف دیگر از آن جا که بسته شدن palate در هفته دوازدهم بارداری کامل می‌شود پس منطقیاً خطر تجویز دارو باید به سه ماه اول بارداری محدود باشد.

بروز نارسایی غدد فوق کلیوی در نوزاد مادرانی که کورتیکواستروئید مصرف می‌کنند نادر است. به علت متابولیسم سریع پردنیزولون در مادران، اتصال دارو به پروتئین‌های سروم آنها و تبدیل دارو به متابولیت‌های غیر فعال توسط آنزیم پلاسماتائی ۱۱ - بتا‌هیدروکسی‌ستروئید دهیدروژناز، میزان غلظت دارو در خون بند ناف کمتر از خون مادر است در نتیجه غده هیپوفیز جنین در مادرانی که کورتیکواستروئید دریافت می‌کنند به ندرت کم کار می‌شود.

مطالعات متعدد در جانوران باردار که کورتیکواستروئید دریافت کردند نشان داده است که نوزادان شان دچار کاهش وزن بدن می‌شوند. مع‌هذا این عارضه در انسان به ندرت گزارش شده است. مشکل است بتوان در باره اثر کورتیکواستروئیدها بر رشد جنین نتیجه‌گیری قطعی کرد چون مقدار دارو، طول زمان تجویز، نوع استروئید مصرف شده و همچنین شدت بیماری در مادران در هر بیمار متفاوت است. مع‌هذا تجویز دوره‌های متعدد استاندارد شده دگزامتازون یا بتامتازون (که در پلاسمتا به طور قابل توجهی متابولیز نمی‌شود) به منظور رشد ریه جنین با کاهش اندک وزن نوزاد همراه بوده است.

در بررسی‌های زیادی که در زنان مبتلا به IBD انجام شده است مشخص شده است که تجویز کورتیکواستروئیدها در طول دوران بارداری با عوارض قابل توجهی همراه نبوده است. بنابراین کورتیکواستروئیدها برای همان مواردی که در زنان غیر باردار لازم است باید در زنان باردار هم به کار رود. مع‌هذا کورتیکواستروئیدها می‌توانند عوارضی از قبیل تشدید افزایش فشار خون و بیماری قند را در بارداری سبب شوند و

تجربی مورد مطالعه قرار گرفته بود مشاهده نشد. مطابق دستورالعملی که توسط شرکت سازنده دارو داده شده است دارو در صورت ضرورت درمانی می‌تواند در زنان باردار به کار رود (اطلاعات بیشتر را می‌توان در <http://www.Centocor.com/remicade.htm> دریافت کرد). مشخص نیست که این دارو در شیر ترشح می‌شود بنابراین ادامه مصرف یا قطع آن در دوران شیردهی بستگی به وضع مادر دارد.

داروهای ضد اسهال:

مطالعات در جانوران نشان می‌دهد که diphenoxylate with atropine (Lomotil) یا Loperamide (Imodium) باعث ناهنجاری زایی در حاملگی نمی‌شود. مع‌هذا گزارش‌های تک موردی در انسان نشان داده است که در زنانی که در سه ماه اول بارداری لوموتیل دریافت کرده‌اند امکان بروز ناهنجاری‌های مادرزایی در نوزاد وجود دارد بنابراین بهتر است که مصرف دارو در این سه ماه قطع گردد مگر این که درمان با داروهای حجم‌آفرین (Bulking agents) و یا تغییر در رژیم غذایی نتواند اسهال را کنترل کند. همچنین شاید بهتر باشد این داروها در دوران شیردهی هم مصرف نشوند چون اطلاعات مناسبی در باره بی‌خطر بودن این داروها در دوران شیردهی وجود ندارد. به جای این داروها می‌توان از Kaopectate یا Psyllium (Metamucil) استفاده کرد.

جراحی

چنان که قبلاً گفته شد انجام کولکتومی در زنان باردار می‌تواند با زایمان نوزاد سالم همراه باشد. مع‌هذا جراحی ممکن است باعث زایمان زودرس یا سقط جنین احتمالاً به علت دست کاری غیرعمدی رحم باشد. انجام سقط جنین درمانی باعث تغییر در سیر کولیت اولسروز مادر نمی‌شود. در زنانی که پروکتوکولکتومی با برقراری انبارک (pouch) شده‌اند اشکال بارداری طبیعی و زایمان طبیعی بدون اثر مخرب بر روی انبارک وجود دارد. هم زایمان طبیعی و هم عمل سزارین در این زنان انجام شده است. مع‌هذا در بعضی از زنان ممکن است افزایش تعداد دفعات تخلیه در روز و شب با بی‌اختیاری گاه و بی‌گاه مدفوع پیش آید. نتایج در زنانی که پروکتوکولکتومی و ایلئوستومی شده‌اند متفاوت است. به عنوان نمونه در یک بررسی ۴۵ زن با استومی که زایمان داشته‌اند در یک سوم مسئله‌ای با استومی نداشته‌اند. در دیگران عوارض زیر مشاهده شدند که با درمان مناسب قابل اصلاح بودند. این عوارض عبارت بودند از: مسئله با کیسه ایلئوستومی در ۳۲ درصد، انسداد در ۲۴ درصد، پرولاپس در ۱۵ درصد، هرنی دور استومی در ۷ درصد و خونریزی از استوما یا جمع شدن آن در ۵ درصد.

* - بیمارستان ایرانیان / تهران

ماخذ:

"Fertility, Pregnancy, and Nursing in Inflammatory Bowel Disease" UpToDate clinical reference library on CD-ROM & Online - Oct. 2000

زایمان زودرس با پاره شدن زود هنگام مامبران‌ها در این بیماران بیشتر است بنابراین این گونه موارد باید به طور مناسبی پیگیری شوند. در شیر بیماران پردنیزون و متابولیت آن پردنیزولون با غلظت ترشح می‌شود. نوزاد مادری که روزانه ۸۰ میلی گرم پردنیزولون در روز مصرف می‌کند کمتر از ۱/۱ درصد این مقدار که معادل ۱۰ درصد تولید داخلی کورتیزول است دریافت می‌کند در نتیجه گر چه مناسب است که مادری که دارو مصرف می‌کند شیر دادن را چند ساعت بعد از دریافت آن به تعویق بیندازد ولی تجویز دارو در دوران شیردهی بی‌خطر محسوب می‌شود.

۶ - مرکاپتوپورین و آزاتیوپرین:

هر دو دارو از جفت گذر می‌کنند و در خون بند ناف قابل اندازه‌گیری‌اند. بیشترین تجربه مصرف این داروها در دوران بارداری در بیمارانی بوده است که به دلیل دریافت پیوند اعضا با این داروها درمان شده‌اند. این تجربیات و همچنین نتایج حاصله از بررسی‌ها در زنان مبتلا به IBD نشان می‌دهد که اوامه درمان با این داروها در طول بارداری در بیمارانی که به این داروها نیازمندند مجاز می‌باشد. گزارش‌هایی از ناهنجاری‌زایی (teratogenicity) با این داروها در جنین‌هایی که پدر یا مادر نوزاد این داروها را مصرف می‌کرده‌اند منتشر شده است. در یک گزارش گذشته‌نگر مقدماتی توصیه شده بود که مردان سه ماه قبل از شروع بارداری همسرشان مصرف 6MP را قطع کنند تا از بروز سقط جنین و ناهنجاری‌های جنینی جلوگیری شود. هر دو دارو با غلظت پایین در شیر یافت می‌شوند. مادرانی که این داروها را دریافت می‌کنند باید از شیر دادن به بچه‌هایشان خودداری کنند هر چند که داده‌های علمی قابل استنادی در مورد خطر برای بچه‌های شیرخوار در این مادران وجود ندارد.

سیکلوسپورین:

سیکلوسپورین در دوران بارداری قابل استفاده است ناهنجاری‌زایی به ندرت پیش می‌آید ولی زایمان زودرس و وزن پایین نوزاد در موقع تولد مشاهده شده است.

متوترکسات:

متوترکسات داروی سقط زای بسیار قوی است و تجویز آن در دوران بارداری باعث بروز ناهنجاری‌های استخوانی متعدد شده است. مردان و زنان مبتلا به IBD که با متوترکسات درمان می‌شوند باید حداقل سه ماه قبل از شروع بارداری مصرف این دارو را قطع کنند.

این‌فلیکسی‌ماب (Infliximab):

تجربه با این دارو در حاملگی محدود است. هیچ گونه مسمومیت در مادر، جنین و یا ناهنجاری‌زایی در نوزاد در یک الگوی موش که به طور