דף מידע למטופלים · ד"ר איל שחר, גסטרואנטרולוג

הריון וקרוהן או קוליטיס – עלון למטופלות, 2026

עודכן: אוקטובר 2026

תכננו את ההריון מראש, בפגישת ייעוץ עם הגסטרואנטרולוג. אל תפסיקו טיפול על דעת עצמכן.

1. **הזמן הטוב ביותר להריון הוא בהפוגה יציבה.** רצוי אחרי 3 עד 6 חודשים של הפוגה.
2. **את רוב התרופות ממשיכים בהריון ובהנקה.** הסיכון הגדול להריון הוא מחלה פעילה, לא הטיפול.
3. **מתוטרקסט והתרופות החדשות בכדורים** – מפסיקים לפני שמנסים להרות, בתכנון עם הרופא.
4. **התלקחות במהלך ההריון** – פונים לגסטרואנטרולוג מוקדם, בלי לחכות.
5. **רוב הנשים עם IBD יכולות ללדת בלידה רגילה,** ורוב הילדים של הורים עם IBD לא יחלו.

לפני ההריון: פוריות ותכנון

- **פוריות.** בהפוגה הפוריות דומה בדרך כלל לזו של נשים ללא המחלה; מחלה פעילה מפחיתה אותה. ניתוחים באגן, ובעיקר ניתוח פאוץ', מפחיתים את הפוריות (בניתוח לפרוסקופי פחות). הפריה חוץ־גופית מצליחה בשיעור דומה לנשים אחרות, גם אחרי ניתוח פאוץ'. שאיבת ביציות אפשר לעבור בלי סיכון מוגבר להתלקחות.
- **אמצעי מניעה.** כל עוד לא מתכננות הריון, עדיפים אמצעים ארוכי טווח והפיכים (התקן תוך־רחמי או שתל) על פני אמצעים עם אסטרוגן.
- **עיתוי.** מחלה פעילה בזמן הכניסה להריון מגבאת מחלה פעילה במהלך ההריון, ויותר סיבוכים לאם ולעובר. אם אפשר, מאשרים את ההפוגה בבדיקות, ולא רק לפי התסמינים.
- **ויטמינים ותזונה.** ויטמין להריון עם חומצה פולית, לפחות חודש לפני הכניסה להריון. חלק מהנשים צריכות מינון גבוה יותר (למשל מי שנוטלות סולפסלזין), ואת זה קובע הרופא. כדאי לבדוק ולאזן ברזל, ויטמינים ואת המצב התזונתי, להפסיק לעשן ולהימנע מאלכוהול.
- **חיסונים.** מוודאים שהחיסונים ובדיקת הסקר לסרטן צוואר הרחם מעודכנים. חיסונים חיים (חצבת-חזרת-אדמת, אבעבועות רוח) לא ניתנים בזמן טיפול ביולוגי, תיופורינים או סטרואידים במינון גבוה. מי שצריכה אותם מקבלת אותם לפחות 28 יום לפני הכניסה להריון. בהריון ממשיכים בחיסונים המומתים, כמו שפעת ושעלת.

תרופות – בהריון ובהנקה

הסיכון הגדול להריון ולבריאות האם והעובר הוא לא הטיפול, אלא המחלה הפעילה.
לכן ההמלצה היא להמשיך את הטיפול ששומר על ההפוגה: מסלזין (רפאסל, אסקול, פנטסה) ללא כל בעיה! סולפסלזין ניתן להמשיך ללא שינוי, למעט תוספת חומצה פולית במינון מוגבר; אזתיופרין (אימורן) או מרקפטופורין (פורינטול); נוגדי TNF (רמיקייד, הומירה, סימפוני, סימזיה) לאורך כל ההריון; אנטיביו וסטלרה; תרופות נגד IL-23 (סקיריזי, אומבו, טרמפיה); וביוסימילרים של כל אלה. לתרופות החדשות (כמו אומבו וטרמפיה) יש עדיין מעט נתונים בהריון, אבל הקונצנזוס הבינלאומי ממליץ להמשיך גם אותן.

תרופה	בהריון	בהנקה
מסלזין, סולפסלזין רפאסל, אסקול, פנטסה; סלזופירין	**ממשיכים**	**מותר להניק**
אזתיופרין, מרקפטופורין אימורן, פורינטול	**ממשיכים.** מי שכבר נוטלת אחת מהן מלפני ההריון ממשיכה בלי בעיה. לא מתחילים אותן לראשונה בהריון. בשליש השני והשלישי עוקבים אחרי תפקודי הכבד (סיכון לכולסטזיס של ההריון).	**מותר להניק**
נוגדי TNF רמיקייד, הומירה, סימפוני, סימזיה	**ממשיכים לאורך כל ההריון.** הפסקה לפני השליש השלישי מעלה את הסיכון להתלקחות. את המנה האחרונה בשליש השלישי מתזמנים לפי מועד הלידה המשוער.	**מותר להניק** בכל התרופות הביולוגיות והביוסימילרים. כמות התרופה הביולוגית בחלב היא פחות מ־1% מהרמה בדם האם.
אנטיביו, סטלרה	**ממשיכים**	
נגד IL-23 סקיריזי, אומבו, טרמפיה	**ממשיכים**	
סטרואידים כולל בודזוניד	**מותר לטיפול קצר בהתלקחות,** כשיש צורך רפואי ובמעקב.	**מותר להניק.** בטיפול ממושך במינון גבוה אפשר להמתין 4 שעות אחרי הנטילה לפני ההנקה.
מתוטרקסט	**מזיק לעובר.** מפסיקים לפני שמתחילים לנסות להרות. בזמן הטיפול בו מקפידים על אמצעי מניעה.	**לא מניקים**
JAK בכדורים קסלג'נז (טופסיטיניב), רינבוק (אופדציטיניב)	**בדרך כלל מפסיקים לפחות 4 שבועות לפני** שמתחילים לנסות להרות.	
S1P בכדורים זפוסיה (אוזנימוד), ולסיפיטי (אטרסימוד)	**בדרך כלל מפסיקים לפני שמנסים להרות.** זפוסיה – לפחות 3 חודשים לפני. ולסיפיטי – לפי העלון הישראלי, ממשיכים אמצעי מניעה לפחות 14 יום אחרי המנה האחרונה.	
אנטיביוטיקה לתקופה קצרה כולל מטרונידזול (פלאג'יל)	**בהנקה:** לפי הקונצנזוס הבינלאומי (2025) נחשבת לרוב בסיכון נמוך, אף שההנחיה האירופית (2023) המליצה להימנע ממטרונידזול. מחליטים עם הרופא. אחרי מנה חד־פעמית גבוהה מקובל להפסיק להניק לזמן קצר.	

התרופות מקבוצות JAK ו־S1P: המידע על בטיחותן בהריון עדיין מועט, ולכן בדרך כלל מפסיקים אותן כשיש טיפול חלופי יעיל. את המעבר מתכננים עם הרופא מבעוד מועד.

☐ ממשיכים / מותר ☐ לפי הצורך, עם הרופא ☐ מפסיקים / לא מניקים

מה ידוע על בטיחות התרופות

PIANO, מאגר המעקב הגדול בעולם אחרי נשים הרות עם מחלות מעי דלקתיות (למעלה מ־2,500 נשים הרות): חשיפה בהריון לתרופות ביולוגיות, לאזתיופרין או לשילוב שלהם לא העלתה מומים מולדים, הפלות, לידות מוקדמות, משקל לידה נמוך או זיהומים אצל התינוק בשנה הראשונה, וההתפתחות של הילדים הייתה תקינה (מעקב של עד 17 שנה). מה שכן העלה את הסיכון – מחלה פעילה. **סטרואידים** נקשרו ליותר לידות מוקדמות, משקל לידה נמוך ואשפוז בפגייה (לא למומים), ואצל האם ליתר לחץ דם, לסוכרת הריון ולרעלת הריון. ייתכן שהם בעיקר סימן למחלה פעילה – ולכן המטרה היא להגיע להריון בהפוגה.

המעקב והבדיקות בהריון

- מעקב צמוד, בתיאום בין הגסטרואנטרולוג לרופא הנשים, כולל עלייה תקינה במשקל.
- אספירין במינון נמוך מתחילת השליש השני (בין שבוע 12 ל־16), כדי למנוע רעלת הריון מוקדמת.
- הסיכון לקרישי דם עולה, בעיקר כשהמחלה פעילה. במצבים מסוימים נותנים טיפול מונע – למשל אחרי ניתוח קיסרי או באשפוז בגלל התלקחות.
- בדיקות – כשיש בהן צורך. קלפרוטקטין בצואה אמין בהריון; CRP והמוגלובין פחות. הדמיה: אולטרסאונד של המעי או MRI בלי גדוליניום, ולא CT. אנדוסקופיה – רק כשהתוצאה עשויה לשנות את הטיפול. קפסולה – לא בהריון.

התלקחות במהלך ההריון

- **לא מחכים: פונים לגסטרואנטרולוג מוקדם.**
- מטפלים כמעט כמו מחוץ להריון: מסלזין, סטרואידים, נוגדי TNF, אנטיביו או סטלרה. במחלה קלה אפשר להעדיף בודזוניד; לטיפול ממושך עדיף נוגד TNF על פני סטרואידים.
- אזתיופרין לא מתחילים לראשונה בהריון. מתוטרקסט, JAK ו־S1P לא נותנים בהריון.
- אחרי שבוע 37 אפשר לשקול להקדים את הלידה לפני שמתחילים טיפול. ניתוח דחוף מבצעים בכל שלב של ההריון.

הלידה

- את אופן הלידה קובעים בעיקר שיקולים מיילדותיים. רוב הנשים עם IBD יכולות ללדת בלידה רגילה, גם במחלה פריאנלית שאינה פעילה.
- ניתוח קיסרי מומלץ במחלת קרוהן פעילה סביב פי הטבעת, וכשיש או היה פיסטולה בין החלחולת לנרתיק – בדיון משותף עם רופא הנשים (ובמחלה פריאנלית גם עם המנתח). אחרי ניתוח פאוץ' – שוקלים בהחלטה משותפת; אין הוראה גורפת.

אחרי הלידה והנקה

- **הנקה מומלצת,** ואינה מעלה את הסיכון להתלקחות. מה מותר – בטבלה בעמוד 1.
- טיפול ביולוגי – ממשיכים ברצף. מי שהפסיקה בהריון חוזרת מוקדם ככל האפשר.
- בקוליטיס כיבית הסיכון להתלקחות אחרי הלידה אולי מעט גבוה יותר; בקרוהן לא. שימו לב גם לבריאות הנפשית.

חיסוני התינוק – מחליטים מראש, לפני הלידה, עם רופא הילדים והגסטרואנטרולוג

- **חיסונים מומתים ניתנים בזמן,** לפי לוח החיסונים (גם הפוליו, שניתן בישראל כחיסון מומת בתוך המחומש). הזהירות נוגעת רק לחיסונים חיים: תרופות ביולוגיות עוברות את השליה בחלק האחרון של ההריון, ונוגדי TNF עשויים להישאר בדם התינוק עד שנה.
- **רוטה.** הקונצנזוס העולמי (2025) מאפשר לתת אותו במועדו; ההנחיה האירופית (2023) ממליצה לדחות חיסונים חיים בשנה הראשונה, או עד שהתרופה כבר לא נמדדת בדם התינוק; אחרי אנטיביו התרופה מתפנה מהר, וחיסון חי מגיל חצי שנה נחשב כנראה בטוח. בישראל המנה הראשונה ניתנת עד גיל 14 שבועות ו־6 ימים, ולכן דחייה פירושה בפועל ויתור על החיסון.
- **BCG (נגד שחפת)** ניתן היום רק לקבוצות מוגדרות (לפי ארץ הלידה, למשל אתיופיה, או רקע של שחפת במשפחה). תינוק שנחשף ברחם לתרופה ביולוגית לא יקבל BCG בחצי השנה הראשונה – עדכנו מראש את מחלקת הילודים ואת רופא הילדים.
- החיסון המרובע ניתן בגיל שנה. הנקה בזמן טיפול ביולוגי אינה מונעת חיסונים חיים. תינוק שנחשף ברחם רק לתרופות JAK או S1P – חיסונים חיים אפשר כבר מגיל חודש.

מה הסיכוי שהילד יחלה?

הסיכון גבוה מבאוכלוסייה הכללית, אבל רוב הילדים של הורים עם IBD לא יחלו. כשהורה אחד חולה – אחוזים בודדים: לפי ההנחיה האירופית עד כ־5% בקרוהן ועד כ־3% בקוליטיס, ובמחקר דני כ־9% ו־6%. כששני ההורים חולים – כ־30%.

ולגברים עם IBD

מחלה פעילה מפחיתה את הפוריות גם אצל גברים. לרוב התרופות לא הוכחה השפעה על הזרע. סולפסלזין פוגע בזרע באופן הפיך – אפשר להחליף אותו במסלזין.

מתי פונים מיד

מצד ההריון – למיון יולדות

- דימום מהנרתיק, או דליפת מים.
- צירים סדירים לפני שבוע 37.
- התינוק זז פחות מהרגיל, או שלא מרגישים אותו זז.
- כאב ראש חזק שלא עובר, שינוי בראייה, או נפיחות פתאומית בפנים או בידיים.
- חום 37.8 ומעלה.

מצד המחלה – למיון או למד"א (101)

- שש יציאות דמיות ביום או יותר, עם חום, דופק מהיר או חולשה ניכרת.
- כאב בטן חזק או מתמשך, או דימום מפי הטבעת שאינו נפסק.
- הקאות חוזרות, או התייבשות: מעט מאוד שתן, סחרחורת, עילפון.
- כאב ונפיחות ברגל, או קוצר נשימה פתאומי (חשד לקריש דם).

ספרו בכל מקום שאתן בהריון ושיש לכן קרוהן או קוליטיס. כשיש ספק – פונים.

לרופא המטפל

הקונצנזוס העולמי (2025) נכתב במשותף על ידי חמש חברות, בהן AGA ו־ECCO, והוא ההנחיה העדכנית; הנוסח המלא, מצגת ותוצאות PIANO: **pianostudy.org**. תיופורינים: גם מטבוליטים (אזהרת FDA על כולסטזיס); בהסטה ל־6-MMP – פיצול מנה. ציקלוספורין וטקרולימוס – אפשר במעקב כשאין חלופה.

עוד על הריון ו־IBD – יותר מ־15 שאלות ותשובות, עם מקורות

פוריות, תרופות, לידה, הנקה, חיסוני התינוק ופוריות הגבר – בעמוד השאלות באתר.

shachar-gastro.co.il/faq/ibd-pregnancy

ד"ר איל שחר, גסטרואנטרולוג · עודכן: אוקטובר 2026. מידע כללי, שאינו מחליף ייעוץ רפואי אישי לפני הריון ובמהלכו.

מקורות עיקריים:

1. Mahadevan U, Seow CH, Barnes EL, et al. Global Consensus Statement on the Management of Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. Am J Gastroenterol 2026;121:31–79
2. Torres J, Chaparro M, Julsgaard M, et al. European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. J Crohns Colitis 2023;17(1):1–27
3. Mahadevan U, Long MD, Kane SV, et al. Pregnancy and Neonatal Outcomes After Fetal Exposure to Biologics and Thiopurines Among Women With Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology 2021;160(4):1131–1139; PIANO registry results, pianostudy.org
4. Odufalu FD, Long M, Lin K, Mahadevan U. Exposure to corticosteroids in pregnancy is associated with adverse perinatal outcomes among infants of mothers with inflammatory bowel disease: results from the PIANO registry. Gut 2022;71(9):1766–1772
5. Matro R, Martin CF, Wolf D, Shah SA, Mahadevan U. Exposure Concentrations of Infants Breastfed by Women Receiving Biologic Therapies for Inflammatory Bowel Diseases. Gastroenterology 2018;155(3):696–704
6. Israel Ministry of Health: routine immunization schedule; rotavirus vaccine; vaccination guidelines, BCG chapter (March 2024); Velsipity (etrasimod) patient leaflet (16.7.2025)
7. Urgent warning signs in pregnancy: CDC, HEAR HER — Urgent Maternal Warning Signs; NHS — baby movements, signs of labour, pre-eclampsia, vaginal bleeding in pregnancy