



Rycina 4.3.
Pokrzywka.

wlekle, rozpoznawana najczęściej już przed ciążą, ma charakter idiopatyczny w około 20% przypadków.

Leczenie

Leczenie pokrzywki u kobiet w ciąży nie różni się zasadniczo od powszechnie stosowanego, szczególnie po I trymestrze ciąży. Uwagi wymaga stosowanie leków antyhistaminowych. Wybieramy bezpieczne w okresie ciąży niesedatywne leki klasy B (tab. 4.3), najczęściej cetyryzynę i loratadynę. Niektóre opracowania polecają chlorfeniraminę, lek I generacji o działaniu sedatywnym, przeciwświądowym i przeciwwymiotnym.

Podobnie jak w przypadku pokrzywki, leczenie obrzęku naczynioruchowego u ciężarnych nie różni się istotnie od ogólnie przyjętego postępowania. Stany ciężkie, zagrażające życiu wymagają natychmiastowej interwencji, ponieważ częstość występowania zgonów w nieleczonych obrzękach krtani wynosi 30–50%. Często podawana jest epinefryna podskórnie lub domięśniowo, dożylnie GKS i leki antyhistaminowe. W przypadku wrodzonego lub nabytego niedoboru inhibitora C1 dopełniacza stosuje się preparaty inhibitora izolowane z osocza, świeżo mrożone osocze lub leki antyfibrynolityczne – kwas traneksamowy i ϵ -aminokapronowy, jeśli nie jest dostępny C1 inhibitor.

Ugruntowaną metodą leczenia pokrzywki u kobiet w ciąży jest stosowanie omalizumabu (chimeryczne przeciwciało), mimo że jest to dyskusyjne (*black box* związany z przypadkami wstrząsu anafilaktycznego). W licznych doniesieniach opisano dużą skuteczność leku oraz brak powikłań i objawów ubocznych ze strony ciężarnej i płodu. Niemniej zasadność podawania omalizumabu w okresie ciąży pozostaje sprawą otwartą. Należy pamiętać o możliwości przenikania przeciwciał klasy IgG lub tworzenia przez przeciwciała anti-IgE kompleksów immunologicznych.

Wrodzony obrzęk naczynioruchowy u kobiet w ciąży

Wrodzony obrzęk naczynioruchowy stanowi do 25% wszystkich przypadków tej choroby przebiegających bez pokrzywki. Dziedziczny się autosomalnie dominująco i występuje rzadko, z częstością około