

여성 염증성장질환 환자들이 알아야 할 지혜

김원호, 박영숙, 정성애, 김은영, 김유선

염증성장질환 환자의 대부분은 젊은 나이에 발병하여 오랜 기간 동안 병이 좋아졌다 나빠졌다를 반복하므로 병을 앓는 도중에 결혼하고 임신을 계획하게 되는 경우가 생깁니다. 따라서 젊은 환자들에게 성생활, 수태, 임신, 분만 및 자식의 건강 등 임신과 관계된 문제는 중요한 관심일 수 밖에 없습니다.

본 소책자는 염증성장질환에서 임신과 관계된 여러분의 궁금증을 풀어주고자 제작되었는데, 1) 자식에게 부모의 염증성장질환이 유전되는지, 2) 임신을 원하는 경우 임신이 잘 되는지, 3) 임신이 병의 경과에 어떠한 영향을 미치는지, 4) 병이 임신의 경과와 태아 및 임신부에 어떠한 영향을 미치는지, 5) 병을 치료하기 위해 쓰는 약제의 사용은 태아에게 안전한지, 6) 분만, 수유 및 예방 접종에 있어서 어떤 점을 고려해야 하는지 등으로 나누어 설명드리고자 합니다.

염증성장질환의 정의

염증성장질환은 장에 발생하여, 악화와 호전이 반복되는 원인 불명의 만성 염증 질환으로서 통상적으로 궤양성대장염과 크론병을 지칭하지만 우리나라에서 비교적 흔한 베체트장염도 포함될 수 있으며, 활동기 환자는 설사, 혈변, 복통 등의 증상을 경험하게 됩니다.

염증성장질환과 유전

염증성장질환은 주로 가임기에 있는 젊은 나이에 발병하는 특징이 있습니다. 따라서 임신을 계획하거나 출산을 앞둔 많은 환자들이 자녀에게 유전될지 모른다는 막연한 두려움을 가지고 있습니다.

1. 염증성장질환은 유전되나요?

염증성장질환에 유전적인 소인이 연관되어 있다는 여러 가지 증거들이 있는 것은 사실입니다. 염증성장질환이 흔한 서구에서는 6~32%의 환자에서 가족 중에 또 다른 환자가 있고, 환자의 직계 가족 중에 염증성장질환이 발생할 확률은 일반인에 비하여 2~29배 높을 뿐만 아니라 염증성장질환 환자의 자식에서 염증성장질환이 발생할 확률은 최대 10%에 이르고 부모가 모두 염증성장질환 환자일 경우 자녀의 1/3이 병에 걸릴 수 있다는 보고는 상황의 심각성을 나타내는 극단적인 자료입니다.

그러나 이와 같은 극단적인 자료는 대부분 소규모 연구에 따른 결과인 반면 대규모로 이루어진 연구의 결과에 따르면 환자의 자녀 가운데 염증성장질환의 유병률은 1% 이하로 보고되어 우려한 만큼 문제가 심각하지 않음을 보여줍니다.

이 문제와 관련하여 대부분의 환자는 너무 큰 우려를 하기 때문에 상세한 자료를 기술하고자 합니다. 덴마크에서 전국민의 입원기록과 출산기록을 분석한 보고에 의하면 1977년부터 1992년 사이에 등록된 궤양성대장염과 크론병 환자수는 각각 11,785명과 3,787명으로 인구 10만명당 유병률은 궤양성대장염이 남자에서 81, 여자에서 102이고 크론병은 남자에서 31 여자에서 50이었습니다. 궤양성대장염 환자 11,785명에서 1958년 이후 11,022명의 자식이 태어났는데 그중 56명에서 궤양성대장염, 13명에서 크론병이 발병하였고 크론병 환자 3,787명에서 태어난 3,472명 중에서는 19명에서 크론병이 그리고 13명에서 궤양성대장염이 발생하였습니다. 궤양성대장염 환자의 자식 중에서의 궤양성대장염과 크론병의 유병률을 전국적인 유병률과 비교하여 본 유병률비 (prevalence proportion ratio; PPR)는 각각 2.6과 5.1이었고 크론병 환자의 자식 중에서는 각각 4.0과 12.8이었습니다 (표 1). 이 자료로 볼 때 염증성장질환 환자의 자녀에서 건강한 대조군에 비하여 염증성장질환에 이환될 확률이 1.5~12.8배로 높기는 하지만 총 15,567명의 환자에서 태어난 14,492명의 자녀 중에서 101명의 환자가 발생하여 전체적인 확률은 1%에 미치지 못함을 알 수 있습니다.

표 1. 염증성장질환 환자의 자녀에서 대조군과 비교한 크론병과 궤양성대장염 유병율비.

자녀수 / 환자수	자녀에서의 염증성장질환					
	크론병			궤양성대장염		
	관찰	기대	유병율비	관찰	기대	유병율비
궤양성대장염 (11,022 / 11,785)	13	4.9	2.6 (1.4~4.5)	56	10.9	5.1 (3.9~6.7)
크론병 (3,472 / 3,782)	19	1.5	12.8 (7.7~20.0)	13	3.3	4.0 (2.1~6.8)

즉, 염증성장질환은 전형적인 유전적 질환은 아니어서 유전적인 소인도 작용하지만 아직까지 밝혀지지 않은 여러 다른 요인도 복합적으로 관여하여 발병하게 됩니다. 따라서 염증성

장질환은 유전성 질환이라 하지 않고 “가족성 질환”이라 부릅니다. 또한 가족 중에 궤양성 대장염 또는 크론병 환자가 있다 할지라도 건강한 다른 가족 중의 어떤 사람에서 질병이 나타날지 예견할 수 있는 인자는 아직까지 알려져 있지 않습니다.

2. 염증성장질환 환자의 자녀에서 염증성장질환이 발생할 경우 어떤 특징이 있는지요?

염증성장질환 환자의 자식에서 염증성장질환이 발병할 확률은 부모가 크론병인 경우 궤양성 대장염에 비하여 높고, 염증성장질환에 대한 감수성의 전달패턴을 연구한 보고에 의하면 아버지로부터 자식으로보다 어머니로부터 자식으로 전달되는 경우가 흔하며, 자식 중에는 아들보다는 딸에서 흔히 발병합니다. 부모로부터 염증성장질환이 상속되는 경우 질병의 종류 뿐만 아니라 병변의 위치, 중증도 등 질병의 특성이 동일한 경우가 많으며 흔히 부모에 비하여 자식에서 더 일찍 발병한다는 특징이 있습니다.

3. 그렇다면 아이를 갖는 것에 대해 다시 생각해봐야 할까요?

앞서 언급한 바와 같이 염증성장질환은 유전적인 질환은 아니고 가족성인 질환이며 유전적인 소인도 작용하지만 아직까지 밝혀지지 않은 여러 다른 요인도 복합적으로 관여하여 발병하게 됩니다. 그리고 대규모 연구 결과에 따르면 궤양성대장염 또는 크론병을 앓고 있는 환자의 자녀에서 건강한 부모의 자녀보다 질병이 발생할 확률이 다소 높기는 하지만 그 빈도가 크게 차이가 나는 것은 아니므로 자녀에서 염증성장질환이 발생할지 두려워 임신을 피할 필요는 없습니다. 또한 병이 없어지지 않고 오래 지속된다고 해서 악성 종양, 즉 암과 같은 불치의 병으로 생각할 것이 아니라 오히려 당뇨병이나 고혈압처럼 평생 관리와 적절한 치료를 통하여 증상을 완화시키고 정상적 삶을 영위할 수 있는 만성 질환임을 이해하고 이를 긍정적으로 받아들이는 자세를 갖는 것이 중요합니다.

성생활, 임신율과 염증성장질환

염증성장질환은 성적으로 활동적인 주로 젊은 나이에 발생하므로 환자나 가족들이 성생활 및 임신율에 관심이 많은 것은 당연한 일입니다. 환자들은 성생활에 있어서 성교통, 신체의 변화로 인한 자신감 결여, 성적 만족감 감소 등으로 막연히 불안해 하는 경우가 많지만 실제로 병이 안정기에 있는 상태라면 성생활에 있어 정상인과 별 다른 차이는 없습니다. 또한 임신율에 있어서도 임신 당시 활동기가 아니라면 정상인과 다르지 않습니다. 따라서 염증성

장질환을 적극적으로 치료하여 관해상태를 유도하고 유지하기 위한 노력이 매우 중요하며 자신감을 가져야 합니다.

4. 염증성장질환 환자도 정상적인 부부 관계를 가질 수 있나요?

염증성장질환의 활동기에는 복통, 설사, 치루, 항문 농양 등의 질병의 증상이나 환자의 1/3이 경험하는 성교통 또는 부부관계 도중의 변실금에 대한 두려움 그리고 스테로이드 치료의 부작용 등으로 인하여 자신의 육체적인 매력이 손상 받는다는 생각 등으로 인하여 원만한 성생활을 유지하는데 어려움이 있을 수 있습니다. 특히 소장 또는 대장조루술과 같은 인공항문 (stoma)을 만드는 수술은 육체적 불편감뿐만 아니라 정신적으로도 많은 스트레스를 주게 됩니다. 따라서 심한 염증성장질환 환자의 1/3에서는 성관계가 전혀 없거나 건강한 부부에 비하여 빈도가 감소합니다. 또한 위에서 언급한 여러 가지의 문제는 성생활의 기피와 더불어 성적 만족도의 감소도 초래합니다. 그러나 이러한 문제들은 염증성장질환의 활동기에 주로 겪게 되며 적극적인 치료로 질환이 안정기에 있다면 염증성장질환 환자도 정상적인 부부 관계를 가질 수 있습니다.

5. 이러한 성적 스트레스를 해결할 수 있는 방법은 무엇일까요?

수술을 포함한 적극적인 치료로 질병의 활동성이 조절되면 성적 욕구와 만족도는 정상적으로 회복될 수 있습니다. 실제로 심한 궤양성대장염 환자의 대부분에서는 수술 (전대장절제술과 회장주머니-항문 문합술) 후 성적 만족도가 개선된다는 보고도 있습니다. 전체적으로 볼 때 수술로 인하여 성생활에 다소 지장을 받는 경우는 16%, 심각한 지장을 받는 경우는 3%에 불과하다고 합니다.

일반적으로 정상적인 부부관계는 질병의 활성도에 나쁜 영향을 주지는 않으며, 오히려 정상적인 부부관계를 통해 얻은 심리적 안정감과 자신감은 긍정적인 영향을 줍니다. 더욱이 인생 전체로 볼 때 염증성장질환의 활동기는 상대적으로 짧고, 대부분의 기간은 염증이 가라앉은 상태인 관해를 유지하므로 정상적인 부부관계를 유지하도록 권합니다.

6. 염증성장질환 환자들도 정상적으로 임신이 가능한가요?

과거에는 여성 염증성장질환 환자의 임신능력이 정상인에 비하여 낮다고 생각하였으나, 최근 연구에 의하면 일반적으로 비활동성이거나 내과적 치료로 잘 조절되는 크론병 또는 궤양성대장염 환자의 가임 능력은 정상인과 다르지 않다는 사실이 밝혀졌습니다.

7. 과거에 염증성장질환 환자의 임신능력이 낮다고 생각되었던 이유는 무엇일까요?

대규모 연구에 따르면 염증성장질환 환자의 임신 횟수는 건강한 대조군에 비하여 적지만 임신율의 감소는 질병으로 인한 문제에 기인하는 것이 아니라 환자가 스스로 임신하지 않기로 선택하기 때문이라고 합니다. 실제로 치료 약제의 부작용이나 질병 그 자체가 태아에 미칠지 모르는 영향을 우려하여 임신을 기피하는 것이 가장 흔한 불임의 원인으로 자의 피임율은 궤양성대장염 환자에서 21~25% 그리고 크론병에서 14~30%로 일반인의 7~14%에 비하여 높습니다.

8. 성관계를 기피하는 이유는 질병의 문제가 아니라 단순히 심리적인 원인뿐이라는 말인가요?

아닙니다. 질병의 경과에 의한 실제적인 불편감이 성관계를 기피하게 하기도 합니다. 크론병에서는 회장말단부 또는 대장의 염증이 활동성이면 나팔관 또는 난소의 염증 때문에 발생하는 골반의 유착과, 피로감, 발열, 복통, 설사 및 체중감소 등의 증상으로 인한 성욕 감소가 일어날 수 있습니다. 또한 질병 그 자체나 치료 약제의 부작용으로 인하여 자신의 성적 매력이 떨어진다는 생각이나 항문 농양이나 치루에 따르는 통증을 우려한 성관계 기피가 임신을 어렵게 만듭니다.

9. 염증성장질환 환자에서의 불임율은 어떤가요?

남자 환자에서의 설파살라진을 제외한다면 일반적으로 불임을 초래하는 치료 약제는 없습니다. 그러나 염증성장질환을 치료하기 위한 수술은 임신을 어렵게 하기도 합니다. 스칸디나비아에서 수행된 정상인과 궤양성대장염 환자의 임신율을 비교한 연구에 따르면 내과적 치료를 받는 환자에서는 91%로 거의 정상이지만 수술한 환자에서는 49%로 많이 감소한다고 합니다. 염증성장질환 환자 400명 이상을 대상으로 분석한 최근의 Hudson등의 보고에 의하면 스스로 임신하지 않기로 결정한 환자를 제외할 때 염증성장질환 환자의 불임율은 5~7%로 건강한 사람과 비슷하지만 수술 받은 크론병 환자에서는 12%, 궤양성대장염 환자에서는 25%로 수술 받은 환자에서 수술 받지 않고 내과적으로 치료하는 환자에 비하여 불임율이 유의하게 높습니다. 또한 덴마크와 스웨덴의 궤양성대장염 환자 290명을 대상으로 조사한 결과에 따르면 1년, 2년 및 5년 이내에 임신할 확률이 정상인에서는 각각 75%, 82% 및 88%인데 반하여 수술 받은 환자에서는 각각 18%, 27% 및 36%에 불과하며, 인공

수정을 받는 비율이 30%에 이른다고 합니다.

10. 수술 받은 환자에서 불임율이 증가하는 이유는 무엇인가요?

전대장절제술과 회장주머니-항문 문합술을 받은 환자에서 불임의 원인은 확실하지 않으나 상당한 경우 수술에 따른 유착 때문에 일어나는 이차적인 나팔관의 기능 손상에 기인한다고 생각됩니다. 최근에 유착예방용 젤 (0.5% ferric hyaluronate)이 개발되어 희망적인 결과가 보고되었습니다. 한편 충수돌기염 (일명 맹장염)으로 수술 받은 환자에서는 불임이 문제가 되지 않는 것으로 보아 수술에 의한 유착만이 나팔관 기능손상의 유일한 원인이라고 할 수는 없고, 앞서 말한 바와 같이 질건조증, 성교통 및 변실금에 대한 두려움 등으로 인하여 성행위를 기피하는 것이 더 큰 원인이 될 수도 있습니다. 한편, 전대장절제술과 회장주머니-항문 문합술을 받은 남성 환자에서 사정이 불가능한 경우나 역행성 사정 (retrograde ejaculation)이 약 3%에서 발생 할 수 있다고 합니다.

11. 수술 받은 염증성장질환 환자에서 불임이 의심될 때에는 어떻게 하나요?

많은 전문의는 염증성장질환 환자의 임신 가능성에 대하여 긍정적으로 상담합니다. 즉, 피임하지 않은 상태에서 1년 동안 임신하지 못하는 실질적인 불임이 아닌 경우 불임에 대한 검사를 권하지 않습니다. 그러나 염증성장질환으로 인하여 수술 받은 환자 특히 회장과 공장을 수술 받은 환자에서는 되도록 일찍 불임에 관한 검사를 시작할 것을 권하며 나팔관에 대한 검사가 가장 우선됩니다. 이때 자궁-나팔관조영술 (hysterosalpingogram)이 가장 유효하고 안전한 검사입니다. 나팔관의 이상이 진단되면 체외수정 등의 불임시술에 의하여 임신이 가능하게 됩니다.

12. 남성 염증성장질환 환자에서 불임율이 증가하나요?

남성 염증성장질환 환자의 경우는 일반인에 비해 생식능력이 크게 저하되지 않습니다. 그러나 설파살라진을 복용하는 남성의 약 60%에서 설파피리딘 성분 때문에 가역적 정자 감소증, 정자 운동성 감퇴, 비정상적인 정자의 모양 등이 나타납니다. 그러므로 임신을 계획하는 경우에는 3개월 전에는 설파기를 포함하지 않는 5-ASA (메살라민)로 약제를 바꾸도록 권합니다.

13. 염증성장질환 환자가 피임을 원한다면 어떤 방법이 바람직할까요?

염증성장질환 환자의 피임방법은 건강한 여성과 다소 다릅니다. 콘돔은 쉽게 선택할 수 있는 방법이지만 피임효과가 확실하지 않다는 단점이 있습니다. 자궁내기구 (intrauterine device; 일명 루프)의 삽입은 골반염에 의한 복통과 염증성장질환의 악화에 의한 복통의 구별을 어렵게 하므로 절대적인 금기는 아니지만 권장되지 않습니다.

경구피임약의 복용은 염증성장질환 환자에서 비교적 안전하게 사용될 수 있습니다. 그러나 크론병 환자가 피임약을 복용하면 질병의 악화 또는 혈전증 발생의 위험도가 높다는 보고도 있으므로 주의를 요합니다. 경구피임약은 종류에 따라 에스트로젠과 프로제스테론 농도의 차이가 있는데 가능하다면 에스트로젠의 농도가 낮은 제제가 바람직합니다.

임신이 병의 발생과 경과에 미치는 영향

일반적으로 임신이 염증성장질환의 발생에 영향을 주거나 경과를 악화시킨다는 근거는 없습니다. 오히려 임신으로 인한 면역반응의 변화로 인해 임신 후에 병의 경과가 호전되거나 재발이 줄어든다는 보고가 있습니다. 다만 임신 시작 시 병의 상태가 임신 중의 병 활동성에 영향을 준다는 것으로 알려져 있으므로 가임기에 있는 여성은 적극적인 치료로 관해기를 유지하도록 하고 계획된 임신을 하는 것이 바람직합니다.

14. 임신 중에 염증성장질환이 발생할 수 있나요?

임신 중에 새롭게 염증성장질환이 발생하는 경우는 매우 드문 것으로 알려져 있습니다. 과거에는 임신 중에 발병하는 경우에 심한 임상경과를 보인다는 견해도 있었지만 현재는 임신 중이더라도 임상 경과가 임신하지 않은 경우와 유사하며 약제에 대한 반응 역시 비슷하다고 알려져 있습니다. 따라서 임신 중에 염증성장질환이 발병한 것으로 인공 유산을 고려해서는 안되며 또한 인공 유산이 질병을 호전시키는 효과가 없다는 사실을 알아야 합니다.

단지 염증성장질환의 증상이 명확하지 않을 수도 있고 임신과 연관된 증상과 비슷하기도 하여 임신 중에 발병하는 경우에는 진단이 어려운 것은 사실입니다. 적절한 진단을 위해서 시행되는 S상 결장경 검사는 임신 중이더라도 안전하게 시행될 수 있으며 일단 진단이 되면 앞서 말했듯이 적극적인 내과 치료로 대부분 호전되고 정상적인 임신을 유지할 수 있고 분만도 정상적으로 이루어 질 수 있습니다.

15. 임신을 하면 염증성장질환이 나빠질까요?

염증성장질환의 임상경과는 임신하지 않은 경우와 크게 다르지 않아서 질병이 임신 도중에 악화되는 비율은 12~36% 정도입니다. 임신 도중 질병의 임상경과는 임신 당시 질병의 활성도에 의하여 좌우됩니다. 즉, 임신 당시 관해 상태에 있다면 임신 기간 중에 관해 상태를 잘 유지하지만, 활동기에 임신을 했다면 활동성이 지속되거나 악화되는 경과를 보이기 쉬운 데 특히, 임신 초구나 출산 직후의 산욕기에 흔히 악화됩니다. 그러나 이런 결과는 임신 중에도 꾸준히 약을 복용하여 관해를 유지하는 현대치료법이 도입되기 이전의 보고에 따른 것이며, 반대로 임신 초기에 질병이 오히려 호전되거나 관해가 유도된다는 상반된 견해도 있습니다. 한편 원하지 않는 임신인 경우에는 38%에서 질병의 활성도가 높아지는데 반하여 계획된 임신인 경우에는 단지 12%에서 악화된다는 연구결과를 볼 때 심리적인 요인이 임신 중의 질병의 경과에 상당한 영향을 미친다는 것을 알 수 있습니다.

16. 그렇다면 임신과 염증성장질환의 경과와는 특별한 관계가 없다고 할 수 있나요?

장기적인 관점에서 볼 때 임신이 염증성장질환의 경과에 나쁜 영향을 미치지 않으며 오히려 긍정적인 효과를 보입니다. 즉, 임신 경력이 많을수록 수술이 필요한 경우가 적고 재수술이 필요한 경우라 할지라도 수술과 수술 사이의 간격이 길다는 영국의 연구 결과가 이를 뒷받침합니다. 소규모의 코호트 연구에서 오히려 출산의 경험이 있는 여성에서 질병의 재발이 의미 있게 감소하였다는 보고도 있습니다. 이는 임신 기간 중에 분비되어 섬유화와 협착을 억제하는 렐락신 (relaxin)이라는 호르몬이 섬유조직의 유연성을 증가시키기 때문이라고 추측됩니다. 또한 출산 후 3년간 관찰하였을 때 크론병과 궤양성대장염 모두에서 임신전이나 임신하지 않은 대조군에 비하여 출산 후의 재발율이 낮다는 보고도 있습니다. 류마티스성 관절염 등의 자가면역질환 환자에서도 임신과 질병의 호전이 연관된다고 알려져 있는데 태아가 산모의 면역반응에 좋은 영향을 주기 때문이라고 추측됩니다.

결론적으로 볼 때 임신이 염증성장질환의 경과에 나쁜 영향을 미치지 않으므로 질병의 경과가 나빠질까 두려워 임신을 피할 필요는 없으며, 염증성장질환이 관해기에 이른 후 계획적인 임신을 한다면 임신에 의한 영향을 최소화 할 수 있을 것입니다.

17. 임신 중 염증성장질환의 활동성이 증가하였다면 어떻게 하여야 하나요?

염증성장질환이 활동기일 때 매우 드물게 임신 중절을 하는 경우도 있으나, 대개는 보다 적극적인 약물 치료로 염증을 억제해나가는 것이 바람직합니다. 즉, 염증성장질환을 앓고 있다는 이유만으로 임신중절을 해야 할 근거는 없습니다. 임신 중에 염증성장질환이 악화되어

수술을 고려해야 할 경우가 있으나, 가능한 한 수술은 출산 후로 연기하는 것이 좋습니다. 임신 중에도 장절제술이나 장루술 등을 성공적으로 시행한 예들이 있지만 개복수술은 대체로 태아의 사망률을 높일 수 있습니다. 장루술을 시행한 경우에는 임신 중에 장루를 통하여 소장이 밀려나오거나 장루의 기능적 폐색이 올 수 있으므로 장루술을 시행한 후 1년 이상 경과 후 임신을 하는 것이 좋습니다. 직장이나 질 주위에 누공이나 농양이 형성된 경우에는 분만시 회음부절제술을 피하고 제왕절개를 권합니다.

염증성장질환이 임신의 경과와 태아 및 임신부에 미치는 영향

염증성장질환이 안정기에 있는 경우, 선천성 기형이나 자연유산, 사산의 비율이나 산모에게 나타나는 합병증등은 일반인과 차이가 없습니다. 그러나 임신 중 질환이 활동기에 있는 경우에는 임신의 경과가 좋지 않을 수 있으므로 앞서 말한 바와 같이 꾸준한 치료와 자기 관리로 질환이 안정기를 유지 하도록 하며 적절하게 임신을 계획하는 것이 바람직합니다. 임신중이라도 필요한 검사들을 안전하게 받을 수 있고 또한 질환의 악화로 인해 수술이 필요한 경우에 수술로 인한 위험성 보다는 질환 자체에 의해 태어나 산모가 더 위험해 질 수 있음을 알아야 합니다.

18. 염증성장질환은 임신에 어떤 영향을 미치나요?

많은 염증성장질환 환자는 정상적인 아기를 낳지 못할까 우려하고 또한 질병으로 인하여 임신이 원만하게 유지되지 않을 것을 두려워하여 아이 갖기를 꺼립니다. 그러나 여러 자료에 따르면 질병이 관해를 유지하거나 일시적으로 경도의 활동성을 보일 경우에는 임신을 피할 이유가 없습니다. 따라서 일반적으로 전문가들은 질병이 활동성인 경우 관해가 유도되거나 유의한 호전이 있을 때까지 임신을 연기하도록 권합니다. 임신 전에 관해를 유지하여야 하는 기간은 정해져 있지 않으나 최소한 3개월은 필요하다고 권하는 경우가 많습니다.

19. 임신 시 선천성 기형이나 자연유산 등 임신과 관계된 합병증이 증가하지는 않나요?

적어도 80%의 비활동성 염증성장질환 여성 환자들은 만삭까지 정상적으로 임신을 잘 유지할 수 있으며 이는 정상인에 필적하는 수치입니다. 산모들이 걱정하는 선천성 기형이나 자연유산 그리고 사산등의 비율이나 고혈압, 단백뇨 등의 산모에게 나타나는 합병증도

일반인과 차이가 없습니다. Miller라는 의사가 748명의 크론병 환자의 경과를 종합하여 분석한 결과 선천성 기형의 빈도는 1% 미만이고 자연유산율은 12%에 불과하므로 여성 크론병 환자가 정상 태아를 분만할 확률은 건강한 대조군과 유사하다고 발표하였습니다. 또다른 연구팀에서는 1,000명 이상의 궤양성대장염 환자를 대상으로 임신과 관련한 여러 지표를 분석한 결과 정상적인 신생아를 분만할 확률은 76~97%, 선천성 기형의 확률은 1~3%이고 자연유산율과 인공유산율은 각각 평균 8.6% 및 2.9%로 건강한 대조군의 빈도와 큰 차이가 없다고 보고하였습니다 (표 2).

표 2. 염증성장질환이 임신에 미치는 영향

임신의 경과	궤양성대장염	크론병	정상인
정상 (%)	83	83	
선천성 기형 (%)	1~8	1~3	1~2
자연유산 (%)	9	11	
조산 (%)	10	15	7
신생아 저체중 (%)	8	17	5
사산 (%)	2	2	

20. 활동성 염증성장질환의 경우에서도 임신과 관계된 합병증의 가능성이 증가하지 않나요?

염증성장질환, 특히 크론병이 활동성일 때 임신하면 자연유산 또는 조산 등의 임신 합병증의 위험성이 2~3배 높으며 심한 경우에는 태아뿐만 아니라 산모도 위험할 수 있습니다 (표 3). 따라서 염증성장질환 환자 전체를 두고 볼 때에는 건강인에 비하여 임신의 경과가 좋지 못한 경우가 흔하다는 사실은 알아두어야 합니다.

표 3. 염증성장질환에서 임신과 연관된 합병증의 정상인 대비 비교위험도

	궤양성대장염	크론병	염증성장질환
유산	2.7 배	3.1 배	
조산		1.6~2.3 배	1.8 배
신생아 저체중		2.4~3.6 배	2.2 배
임신기간 대비 저체중		2.3 배	

21. 임신 중에 염증성장질환의 진단 또는 활성도를 알아보기 위한 검사를 할 수 있나요?

임신 중에는 배변 습관의 변화나 복부불쾌감이 흔하게 나타나고 복통 역시 임신 자체만으로도 유발될 수 있으므로 자세한 병력 청취 없이는 이런 증상들이 염증성장질환의 악화와 관련된 것인지 여부를 판정하는 것이 매우 힘듭니다. 또한 임신 중에는 여러 검사 결과가 달라지는데 혈색소와 알부민 수치는 정상인에 비해 낮아지고, 적혈구 침강속도는 높아질 수 있음을 유념해야 합니다. 임신 초기에는 엑스레이 검사를 피해야 합니다. 하지만, 장관의 협착이나 독성 결장 여부를 알아보는 등 꼭 필요한 경우에 시행하는 단순 복부촬영술인 경우는 매우 소량의 방사선에 노출되므로 태아의 기형을 유발할 가능성은 거의 없습니다. 초음파검사와 핵자기공명영상(MRI)은 임신 중에도 안전하게 시행할 수 있는 검사법입니다. 질병의 활성도를 평가하거나 치료방침의 결정을 위하여 꼭 필요하다고 판단되는 경우, S상 결장경 검사는 비교적 안전하게 시행될 수 있으나, 대장내시경은 가능한 출산 이후로 미루는 것이 좋습니다. 내시경 검사를 시행할 경우 부스코판 등의 진경제는 사용하지 않아야 합니다.

22. 수술이 임신경과에 어떤 영향을 미치나요?

크론병으로 장절제술을 받은 환자에서 질병이 비활동성이면 임신 경과에 큰 문제를 일으키지 않습니다. 그러나 임신으로 인하여 자궁이 커지면 회장조루술에 영향을 미칠 수 있고 때로는 인공항문이 빠져 나오기도 하며 부분적인 장폐색을 유발하여 조기 유도분만이 필요한 경우도 있습니다. 궤양성대장염으로 전대장절제술과 회장주머니-항문 문합술 (ileal pouch-anal anastomosis, IPAA)을 받은 환자의 약 1/3에서 임신 도중 특히 후기에 배변횟수가 증가하고 변실금이 나타날 수 있지만 대부분의 경우 분만 이후 임신 전 수준으로 잘 회복되고 회장주머니와 연관된 합병증은 흔하지 않으며 합병증이 발생하더라도 대부분 내과적 치료가 가능합니다.

23. 임신 중 수술이 필요한 경우에 출산 후로 수술을 연기하여야 하나요?

임신 중에 염증성장질환으로 인하여 수술하게 되는 경우는 흔하지 않습니다. 과거에는 수술 받게 되면 산모와 태아의 사망율이 높다고 생각하였으나 최근의 경험에 의하면 꼭 그렇지만은 않습니다. 수술의 적응증은 임신하지 않은 경우와 다르지 않으며 내과적 치료와 마찬가지로 수술의 위험성보다 산모에서 중증의 질병이 지속되는 것이 더욱 위험합니다. 일반적으로 산모에게 유익한 치료는 태아에게도 유익하므로 필요할 경우 주저하지 말고 수술을 결정하여야 합니다. 임신 중기에 중증의 궤양성대장염이나 독성거대결장 또는 크론병에서 장폐색이나 천공으로 인하여 수술이 필요하게 되더라도 태아는 비교적 안전한 반면 임신 초기에 수술하게 되면 약 절반에서 자연유산 또는 조산의 위험성이 있습니다.

염증성장질환 치료약제와 임신

임신에 나쁜 영향을 미치는 것은 약제가 아니라 질병의 활성도입니다. 즉, 약제의 부작용을 우려하여 치료를 중단함에 따라 염증성장질환이 악화되면 산모뿐만 아니라 태아에게도 약제의 부작용보다 훨씬 더 나쁜 영향을 주게 된다는 사실을 유념하여야 합니다. 따라서 임신을 계획하는 단계에서부터 주치의와 상의하여 태아와 산모의 안전성을 극대화하여야 합니다.

24. 염증성장질환을 치료하는 약제가 태아에 어떤 영향을 미치나요?

임신 중에는 모든 약제를 피하는 것이 가장 이상적입니다. 대부분의 제약회사는 임신부의 약제 사용에 대한 임상연구를 기피하고, 더욱이 의사진료지침 (PDR, physician's desk reference)에는 어떠한 약제라 할지라도 약제 사용에 따른 이득이 태아에 대한 위험성을 상회하지 않으면 임신 도중 사용할 수 없다고 기술되어 있는데 이는 실제 임상에서 의사결정 과정에 지침이 되지 못하는 선언에 불과합니다. 미국식품의약품안전청 (FDA)은 임신 중 약제의 안전성에 따라 의약품은 분류하였는데 이 분류도 모호하여 해석이 쉽지 않습니다.

25. 질병의 활성도와 상관없이 임신 중에는 모든 약제를 끊는 것이 옳을까요?

주치의와 환자 모두 결정적인 정보의 부족을 우려하지만 임신에 나쁜 영향을 미치는 것은 약제가 아니라 질병의 활성도 그 자체라는 사실과 따라서 염증성장질환이 활동성이면 약제의 사용이 불가피하다는 사실을 인정하여야 합니다. 내과적 치료를 받는 염증성장질환 환자에서 조산과 자연유산 등의 불량한 임신 경과를 보일 수 있지만 이는 대부분 질병 그 자체가 원인이며 내과적 치료를 독립적인 변수로 하여 분석해 보면 임신의 경과 및 결과에 큰 영향을 미치지 않습니다. 염증성장질환에서 약제 사용에 대한 권고 사항은 아래에 요약하였습니다 (표 4.).

임신 도중에 질병이 악화될 경우 태아에게도 나쁘다는 사실은 당연하므로 활동성인 질병에 대한 치료를 거부하는 경우는 흔하지 않습니다. 반면에 관해 상태인 경우에 관해를 유지하기 위하여 약제를 계속 사용하는 문제에 대해서는 환자에 따라 다양한 선택이 있습니다. 이런 경우에는 환자는 물론 환자의 배우자와 주치의가 질병의 활성도와 약제가 임신의 경과에 미치는 영향에 대하여 충분히 토의한 다음 약제 사용 여부를 합의하여 결정하는 것이 바람직합니다.

표 4. 임신과 수유 중 약제의 안전성.

	약제	비고
임신		
안전	설파살라진	신경관 발달을 위한 엽산 보충 포함
	메살라민 (경구, 좌약 및 관장)	
	스테로이드	태아의 혈중 농도를 낮추기 위하여 프레드니솔론을 고려
안전할 것으로 추측	아자티오프린	
	6-엠피	
	사이클로스포린	
	시프로플록사신 (시프로)	임신 초기 제외
	메트로니다졸 (후라시닐)	임신 초기 제외
금기	메토티렉세이트	
	탈리도마이드	
	테트라사이클린	
	설폰아마이드	
수유		
안전	설파살라진	
	메살라민	
	스테로이드	
금기	메토티렉세이트	
	사이클로스포린	
	탈리도마이드	

26. 지사제 및 대증요법제는 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

염증성장질환에서 지사제와 진경제 및 진통제는 대증요법제로 흔히 사용됩니다. 지사제로 잘 알려진 로페라마이드는 태아의 기형이나 자연유산, 조산, 저체중을 유발하지 않으므로 임신초기를 포함한 임신기간 중에 언제라도 사용이 안전하다고 인정되고 있습니다. 그러나 배변횟수의 증가가 질병의 악화와 연관되었는지 여부를 확인한 이후 사용하는 것이 바람직합니다. 디페녹실레이트와 아트로핀은 동물에서 기형을 유발하며 임신초기에 노출된 태아에서 기형이 보고되었습니다. 진경제와 항콜린제는 비록 생명을 위협하는 기형은 아니지만 선형성 기형과 연관된다고 알려져 있으므로 임신기간 중에는 피하는 것이 좋습니다. 코데인은

기형을 유발하지는 않으나 신생아에서 드물게 약제 의존 또는 금단현상을 유발할 수 있습니다. 진통제로 흔히 쓰는 아세트아미노펜은 임신 중에도 안전한 반면 아스피린과 비스테로이드성 항염증제 (NSAIDs)는 태아의 폐동맥압 항진증과 출혈을 유발할 수 있으며 분만시간을 지연시키므로 사용하지 말아야 합니다.

27. 설파살라진 (사라조피린)은 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

염증성장질환에 대한 치료제로 설파살라진은 50년 이상 사용되어 왔습니다. 비록 설파살라진과 대사산물인 설파피리딘이 태반을 통과하고 임신기간 중 설파살라진 사용과 연관된 선천적 기형에 대한 증례 보고가 있기는 하지만 많은 환자를 대상으로 하는 대규모 연구에서 태아에게 나쁜 영향을 미치지 않는다는 사실이 밝혀졌습니다. 엽산은 태아의 신경관 발생에 필수적인 영양소이므로 설파살라진을 복용하는 경우에는 엽산을 하루 1~2 밀리그램 보충하는 것이 권장됩니다. 영국의 Leicester라는 지역의 환자를 조사한 연구에 의하면 설파살라진을 복용하는 남성 환자에서 자녀의 선천성 기형의 빈도가 복용하지 않는 경우보다 높지만 정상대조군의 빈도보다 유의하게 높지는 않았습니니다.

28. 메살라진 (5-ASA, 펜타사, 아사콜)은 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

염증성장질환에서 메살라진은 일차적인 치료제로 널리 사용되고 있습니다. 메살라진을 복용하는 산모와 그 태아를 검사해보면 혈청에서 5-아미노살리실릭에시드와 대사산물인 아세틸-5-아미노살리실릭에시드가 검출됩니다. 즉 태아에게 약물이 전달됨을 의미합니다. 임신 중 메살라진을 사용하는 경우 사산과 조산의 빈도가 높다는 보고가 있으나 질병이 원인인지 약제가 원인인지 구별하기는 어렵다는 것이 전문가들의 결론입니다. 메살라진 복용과 연관되어 신장이 나빠졌다는 사례가 있기는 하지만 여러 연구에서 메살라진은 임신기간에 사용해도 안전하다고 검증되었습니다 (표 5). 메살라진은 설파살라진과는 달리 설파피리딘기를 함유하지 않으므로 남성불임을 유발하지 않아 안전한 약제입니다.

표 5.. 임신중 메살라민의 안전성.

연구	Marteau	Diav-Citrin
임신 횟수	123	165
메살라민 하루 용량 (g/d)	2.1±0.8	2.0±1.3
환자에서 선천성 기형의 비율 (%)	3.1	0.8
건강대조군에서 선천성 기형의 비율 (%)	1.7~3.4	3.8

29. 스테로이드는 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

코르티코스테로이드는 태반을 통과하여 태아에게 전달되고 모유로도 전해집니다. 산모와 태아에서 혈청 농도는 스테로이드의 종류에 따라 다른데 프레드니솔론은 덱사메타손이나 베타메타손에 비하여 효율적으로 대사되어 몸 속에서 없어지므로 태아의 혈청에서 검사해보면 이미 대사되어 산모 혈청농도의 약 10%밖에 검출되지 않습니다. 임신 중에 코르티코스테로이드를 사용한 168명을 포함하여 전체 531명의 영증성장질환 산모를 조사했을 때 자연유산, 조산, 사산 및 선천성 기형이 일반인과 차이가 없음이 보고되었습니다. 산모가 코르티코스테로이드를 복용하면 신생아에서 부신기능의 억제가 이론적으로는 가능하지만 위의 설명처럼 바로 대사되어 버리기 때문에 실제로 태아에게 이런 부작용은 드물며 영증성장질환 여성 환자에서 최근 사용하기 시작한 부데소나이드를 포함한 다양한 코르티코스테로이드 제제가 태아에 안전한 것으로 널리 인정되고 있습니다.

30. 항생제는 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

영증성장질환 환자가 항생제를 사용하게 되는 일이 흔히 있을 수 있는데 그 중 메트로니다졸과 사이플로플록사신이 가장 흔히 사용됩니다. 결론부터 말씀드리면 이 두 항생제는 필요시 주치의와 잘 의논하여 단기간 사용할 수 있습니다. 메트로니다졸은 FDA 분류 B 즉 임신 중 사용이 안전한 약물에 속합니다. 사람에서 언청이와 관련한 보고가 있기는 하지만, 동물 실험에서 기형이나 태아 손실을 초래하지 않았고, 여러 논문을 종합하여 분석해 보아도 메트로니다졸과 선천성 기형 사이에 어떤 연관성도 없음이 밝혀졌습니다. 또한 최근의 전향적 연구 결과 대부분에서 임신 초기에 메트로니다졸을 사용한 산모에서의 기형율은 사용하지 않은 군과 비교하여 차이가 없었고 조산의 위험도 높지 않다고 보고하였습니다. 사이플로플록사신은 동물에서 간혹 근골격계 이상을 일으킨다고 알려져 있으나, 임신 초기에 감염으로 인하여 사이플로플록사신을 사용한 산모 35명의 신생아에서 기형이나 관절병변이 나타나지 않는다고 보고되었으며, 대규모의 전향적 연구에서도 자연유산, 미숙아, 저체중아의 비율이 일반인에서와 차이가 없어 안전성이 재확인되었습니다. 그러나 이러한 안전성은 항생제를 단기간 사용한 산모가 대상인 연구의 결과이므로 가능하면 단기간 사용하도록 하는 것이 좋을 것입니다. 그 외의 항생제 중에서 암피실린, 세팔로스포린 및 에리스로마이신은 안전한 반면 설폰아마이드와 테트라사이클린은 임신 중에 사용해서는 안됩니다.

31. 면역억제제인 아자티오프린과 6-엠피는 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

염증성장질환에서 메살라진이 일차약으로 널리 사용되지만 경우에 따라 면역억제제를 사용하게 되는 경우도 흔합니다. 면역억제제 중 아자티오프린과 6-엠피는 태반을 통과하며 FDA 분류에 의하면 생명을 위협하는 질환에서만 사용이 가능한 FDA 분류 D에 속합니다. 하지만 이들 약제로 질병이 잘 조절되고 있는 환자의 경우, 임신하기 이전에 부작용을 우려하여 면역억제제를 중단할 이유가 없으며 임신 중에도 위험과 효능을 평가한 다음 필요하다면 계속하여 사용할 것을 권하는 전문가가 많습니다. 아자티오프린과 6-엠피는 종에 따른 약물대사의 차이가 있어서 마우스와 토끼에서 기형을 유발하지만 쥐에서는 유발하지 않습니다. 염증성장질환 외에 임신 중에 아자티오프린과 6-엠피를 사용한 경험이 많은 신장이식 환자나 흉반성낭창 환자에서의 사용 경험에 따르면 선천성 기형의 빈도가 높지 않았습니다. 이에 따라 소화기전문의들도 염증성장질환에서 필요하다면 이들 면역억제제를 사용하는 것이 안전하다고 믿게 되었으며, 비록 제한적이지만 임신 중에 이들 약제를 사용한 경험에 의하면 기형 등의 결손을 초래할 위험도가 정상인에 비하여 높지 않고 임신의 경과에도 큰 영향을 미치지 않는다는 사실이 속속 발표되고 있습니다. 뉴욕 마운트 사이나이 병원의 Francella 등은 6-엠피 사용도중에 임신하거나 임신도중에도 계속 사용한 염증성장질환 환자를 대상으로 조사한 증례-대조연구에서 6-엠피 사용군의 자연유산율은 18%, 조산율은 3%, 기형율은 4%로 약제를 사용하지 않은 대조군에서의 빈도와 다르지 않다고 하였습니다. 따라서 임신하기 이전에 부작용을 우려하여 면역억제제를 중단할 이유가 없으며 임신 중에도 위험과 효능을 평가한 다음 필요하다면 계속하여 사용할 것을 권하는 전문가가 많습니다. 그러나 사용 초기에 식욕감퇴 또는 구역질 등의 부작용이 비교적 흔하다는 점을 감안한다면 임신도중에 새로이 면역억제제를 추가하는 것은 권장하기 어렵다고 하겠습니까. 한편 임신하기 전 3개월 이내에 남편이 6-엠피를 사용한 경우 유산 또는 선천성 기형 등 임신과 연관된 합병증의 빈도가 다소 높다는 보고도 있으므로 주의를 요합니다.

32. 메토티렉세이트와 사이클로스포린 및 그외의 면역억제제도 태아에게 안전한가요?

다른 치료에 잘 반응하지 않는 크론병에서 사용하는 면역억제제인 메토티렉세이트는 마우스, 쥐, 닭 등 다양한 동물에서 유산과 선천성 기형의 유발율이 높고 사람에서 유산을 유발한다는 보고도 있으므로 사용해서는 안되며 메토티렉세이트를 사용하고 있는 도중에는 피임을 철저히 하여야 합니다. 그러나 낮은 용량의 메토티렉세이트를 사용한 류마티스 질환 임신부 8명에서 만삭까지 문제가 없었다는 예외적인 보고도 있습니다.

치료저항성 궤양성대장염에서 흔히 사용되는 면역억제제인 사이클로스포린은 비록 태반을 통과하지만 쥐에서 태아에 대한 독성이 없음이 알려져 있습니다. 신장이식 환자에서의 경험에 의하면 사이클로스포린을 투여받은 환자의 신생아도 신장과 간기능에 문제가 없고 선천성 기형을 유발하지는 않는다고 합니다. 한편 사이클로스포린을 사용한 이식 환자에서 신생

아 저체중과 조산의 빈도가 절반에 이를 정도로 높고 이를 건강한 산모와 비교하면 약 1.5배의 위험성이 있지만 통계적으로 유의한 차이는 아니었습니다. 염증성장질환에서 임신 중 사이클로스포린의 사용경험은 드물지만 신장이식 환자에서의 경험을 감안한다면 중증 궤양성대장염에서 태아에게 치명적인 수술 또는 조기분만을 피하기 위하여 고려할 수 있는 치료법이라 하겠습니다. 그러나 산모의 신장에 독성을 유발할 수 있으므로 약물 농도에 대한 감시가 반드시 필요합니다. 사이클로스포린은 모유로 분비되므로 모유 수유 중에는 사용하지 않습니다.

그외에도 여러 종류의 면역억제 또는 조절제가 염증성장질환의 치료를 위하여 시도되고 있습니다. 베체트병과 크론병에서 유효하다고 알려진 탈리도마이드는 강력한 기형유발제로서 임신 가능성이 있는 경우 사용하지 않습니다. 타크로리무스 (tacrolimus)는 이식환자의 경험으로 볼 때 비교적 안전하여 투약 받은 환자에서 태어난 68명의 신생아 중에서 4명의 기형이 미국국가이식등록 자료에 등록되어 있습니다. 동물에서 기형을 유발한다고 알려진 마이코페놀레이트 모페틸(mycophenolate mofetil)의 안전성에 대해서는 알려진 바가 없습니다.

33. 최근에 사용되기 시작한 생물학적 제제는 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

레미케이드라는 상품명으로 널리 알려진 인플릭시맵은 크론병의 치료제로 FDA에서 승인한 첫번째 생물학적 제제인데 임신 중 사용이 안전한 FDA 분류 B에 속합니다. 임신 직전 또는 임신 도중에 인플릭시맵을 사용한 크론병과 류마티스성관절염 환자에서 56회의 임신이 포함된 시판후 조사에서 단지 1예의 조산과 1예의 선천성 심장병 만이 보고되었습니다. 또 인플릭시맵에 노출된 96명의 산모에서 임신경과를 관찰한 결과 정상분만 67%, 자연유산 19%, 인공유산 19%로 미국의 일반적인 산모의 결과와 유사했으며 2명의 기형이 있었습니다. 임신기간 중 인플릭시맵의 집중치료를 받은 10명의 크론병 환자의 신생아에서 기형이나 발육장애는 없었으나 3명이 조산이었고 1명은 저체중아 였다고 보고되었습니다. 이러한 여러 보고들로 미루어 보아 임신기간 중 인플릭시맵의 사용은 비교적 안전할 것으로 생각되지만 현재로서는 아직 국내에서의 안정성에 대한 임상보고가 없으므로 임신 중 생물학적 제제의 사용에는 신중하게 판단해야 합니다.

34. 염증성장질환 환자들에서 영양요법은 태아에게 어떤 영향을 줄까요?

모든 임신부에서 영양상태는 중요한 관심사이지만 염증성장질환 환자가 임신하는 경우 특별히 중요합니다. 염증성장질환 환자에서 임신 중에는 임신하지 않은 상태와 영양 요구 패턴이 다르므로 영양상태를 면밀하게 살펴 관리하여야 합니다. 염증성장질환 환자가 임신하면 일반적으로 건강한 산모에게 권장되는 식이지침을 따르도록 권장되지만 영양결핍이 동반된

경우에는 성분식이 (elemental diet) 등의 액상 조제식을 포함한 영양학적 처치가 필요하기도 합니다. 혈관을 통하여 영양 성분을 주입하는 경정맥 영양요법은 임신한 염증성장질환 환자의 영양결핍을 치료하기 위하여 흔히 이용됩니다. 이론적으로는 태반의 지방색전 위험성이 있지만 실제로 임신한 환자에서 정맥으로 지질을 공급하여 문제가 되는 경우는 매우 드물다고 합니다.

또 모든 임신부에게 엽산 보충이 권장되고 있습니다. 특히 염증성장질환 환자 중에서 크론병인 경우 질병 그 자체에 의하여 엽산이 결핍되기 쉽고, 궤양성대장염인 경우에는 설파살라진이 엽산 흡수를 억제하므로 엽산의 보충이 필수적입니다.

분만, 수유 및 예방 접종과 염증성장질환

염증성장질환의 종류에 따라, 또한 병의 경과에 따라 자신이 어떤 분만 방법을 선택하는 것이 좋은지에 대해서 전문의와 충분히 상의하여 결정하는 것이 중요합니다. 치료 약제로 가장 많이 사용되는 설파살라진, 메살라진, 스테로이드 같은 약제들은 수유 중에도 안전하다고 알려져 있으나 다른 약제들의 경우에는 상황에 따라 적절히 선택하는 것이 필요합니다. 예방 접종이 염증성장질환을 악화시키거나 발생에 영향을 준다는 근거는 없으므로 일반 가임기 여성과 마찬가지로 임신을 계획 중인 여성은 적극적으로 예방 접종을 완료하는 것을 권합니다.

35. 염증성장질환 환자들이 출산할 때 분만 방법에 차이가 있나요?

여러 역학 연구에 따르면 건강한 산모의 제왕절개술의 빈도가 10-15%인데 반해 염증성장질환 환자의 제왕절개술의 빈도는 15-20%로 약 5% 정도 높다는 것이 사실입니다. 하지만 건강한 산모와 마찬가지로 염증성장질환을 앓고 있는 산모의 분만 방법도 산부인과 의사의 판단에 따르는 것이 옳습니다. 일반적으로 궤양성대장염 환자들은 굳이 제왕절개술을 받을 이유가 없습니다. 크론병 환자의 경우, 치루나 치열 등의 항문주위 병변이 있을 경우 자연분만 이후 악화될 가능성이 있으므로 제왕절개술이 권유됩니다. 하지만 임신 전에 항문주위 병변이 없거나, 있더라도 비활동성인 크론병 환자의 경우, 회음절개술로 인해 항문주위 병변이 새롭게 발생하거나 재발할 확률이 매우 낮으므로 제왕절개술이 반드시 필요하지 않습니다. 염증성장질환으로 인해 장절제술 또는 회장조루술 등의 수술을 받은 경우일지라도 산부인과적인 문제가 없다면 자연분만이 가능합니다.

36. 염증성장질환 환자들도 수유할 수 있을까요?

모유 수유의 장점은 잘 알려져 있고 산모와 신생아 모두를 위해 모유 수유는 장려되고 있습니다. 염증성장질환을 앓고 있는 임산부들에게도 모유 수유를 적극적으로 할 것이 권장됩니다. 단지 약제를 복용할 경우, 혹시라도 모유를 통해 약제들이 아기들에게 해로운 영향을 미치는 것은 아닐까 하는 걱정이 앞서는 것도 사실입니다. 설파살라진이나 메살라진(하루에 3 g 이하)은 모유에 소량만이 분비되므로 아기들에게 안전하고 스테로이드 역시 안전한 것으로 알려졌습니다. 다만 아자티오프린과 6-엠펜은 모유를 통해 상당량이 분비되며 아기들에게 어떤 영향을 미치는 지에 대해 충분한 자료가 없으므로 임산부의 상황에 따라 수유 여부를 고민해야 합니다. 약제 중 사이클로스포린이나 메트로니다졸, 사이플로플록사신 및 메토티렉세이트, 로페라마이드는 신생아들에게 좋지 않은 영향을 미칠 가능성이 있으므로 수유 전에 중단하여야 합니다 (표 4). 최근 사용되고 있는 인플릭시맵 등의 생물학적 치료제가 수유에 어떤 영향을 미칠지에 대해서는 아직까지 알려져 있지 않습니다.

37. 임신 중에 예방주사를 맞아도 될까요? (홍역 예방 접종과 염증성장질환은 어떤 관계가 있나요?)

수두, 홍역, 볼거리 또는 풍진 등을 임신 기간에 앓을 경우 산모나 태아에게 문제를 일으킬 수 있습니다. 특히 홍역의 경우 임산부에서는 심하게 발병할 수 있으므로 주의를 요합니다. 과거에는 임신 중 홍역을 앓거나 홍역 예방 접종이 염증성장질환의 원인이 될 수 있다는 주장이 있었으나 최근의 연구들을 종합하여 볼 때 홍역 바이러스가 염증성장질환 발병의 원인이 된다는 근거가 없으므로 적극적인 홍역 예방 접종이 권장됩니다. 그러나 주의 할 것은 수두, 홍역, 볼거리 또는 풍진에 대한 예방 접종은 살아 있는 바이러스, 즉 생백신을 사용하므로 접종 자체가 감염을 유발 할 수 있는 위험성을 가지고 있습니다. 따라서 임신 기간 중에는 접종을 피하고 출산 후 접종 하거나 접종 후에는 적어도 4주 뒤에 임신을 계획 해야 합니다.

결론

대부분의 크론병과 궤양성대장염 환자는 건강하고 행복한 가정을 꾸릴 수 있습니다. 그러나 질병이 활동성인 경우에 임신하면 자연 유산이나 조산의 위험성이 높고 임신 도중에 질병이 악화될 수도 있습니다. 따라서 임신을 하기 전에 자신의 질병 상태가 임신을 할 수 있고 임신기간을 잘 지낼 수 있을 지 주치의와 의논하여 판단해야 합니다. 주치의는 불임, 질병의

상속 또는 유전, 임신의 합병증 등 여러분이 궁금해하는 질문에 답해주고 최선의 치료법을 선택하여 관해상태에서 임신을 준비하도록 알려줄 것입니다. 또한 산모와 태아에 대한 약제 부작용의 가능성과 활동성 질환의 위험성을 비교하여 치료 전략을 수립해 줄 것입니다. 임신 중에는 불필요한 약제의 사용을 되도록 피하여야 하지만 설파살리진과 5-ASA제제 및 부신피질호르몬제의 안전성은 증명되어 있습니다. 특히, 태아와 산모에게 위험한 것은 약제가 아니라 질병의 활성도 그 자체임을 명심하여 질병이 악화되더라도 일반적인 내과적 치료에 대한 불안감을 가질 필요는 없습니다. 임신 중에 약제를 사용하면 태아에 대한 위험성이 있다고 스스로 판단하여 약물복용을 중단하는 일이 없도록 하고 보다 적극적이고 꾸준하게 치료에 임하는 자세를 가짐으로써 합병증의 발생을 억제하고 삶의 질을 향상시키려고 노력하여야 합니다.