



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/PL/intro>

Choroba behceta

Wersja 2016

1. CO TO JEST CHOROBA BEHCETA

1.1 Co to jest?

Zespół Behçeta lub choroba Behçeta (ang. Behçet's Disease, BD) to układowe zapalenie naczyń krwionośnych (stan zapalny naczyń krwionośnych w całym ciele) o nieznannej przyczynie. Choroba dotyczy błony śluzowej (tkanki produkującej śluz, która wyściela narządy płciowe, narządy układu pokarmowego i moczowego) i skóry, a jej głównymi objawami są nawracające owrzodzenia jamy ustnej i narządów płciowych oraz objawy ze strony oczu, stawów, skóry, naczyń krwionośnych i układu nerwowego. Nazwa BD pochodzi od nazwiska tureckiego lekarza, profesora doktora Hulusi Behçeta, który opisał to schorzenie w 1937 roku.

1.2 Jak często choroba występuje?

W niektórych częściach świata BD występuje częściej niż w innych. Geograficzne występowanie BD pokrywa się z terytorium zajmowanym niegdyś przez historyczny „jedwabny szlak”. Przypadki zachorowań zdarzają się najczęściej w krajach Dalekiego Wschodu (takich jak Japonia, Korea, Chiny), Bliskiego Wschodu (Iran) i basenu Morza Śródziemnego (Turcja, Tunezja, Maroko). Wskaźnik rozpowszechnienia (liczba pacjentów w danej populacji) w populacji osób dorosłych wynosi 100–300 przypadków na 100 000 osób w Turcji, 1 na 10 000 osób w Japonii i 0,3 na 100 000 osób w Europie Północnej. Według badań przeprowadzonych w 2007 roku, rozpowszechnienie BD w Iranie wynosiło 68 przypadków na 100 000 mieszkańców (drugi po Turcji najwyższy wskaźnik na świecie). W Stanach Zjednoczonych i Australii

zgłoszonych zostało kilka przypadków zachorowań.

BD u dzieci występuje rzadko, nawet w populacjach wysokiego ryzyka. Kryteria diagnostyczne zostają spełnione przed 18. rokiem życia u około 3–8% wszystkich pacjentów cierpiących na BD. Poza tym choroba ujawnia się najczęściej u pacjentów w wieku od 20 do 35 lat.

Zapadalność u kobiet i mężczyzn jest podobna, ale u mężczyzn choroba przybiera zazwyczaj cięższą postać.

1.3 Jakie są przyczyny choroby?

Przyczyna choroby jest nieznana. Ostatnie badania przeprowadzone na dużej grupie pacjentów sugerują, że w rozwoju BD pewne znaczenie może mieć czynnik genetyczny. Dotychczas nie odkryto żadnego konkretnego czynnika wywołującego chorobę. W kilku ośrodkach prowadzone są badania mające na celu określenie przyczyny choroby i metod jej leczenia.

1.4 Czy choroba jest dziedziczna?

Nie stwierdzono spójnego wzoru dziedziczenia BD, choć istnieją pewne podejrzenia co do genetycznych skłonności do zachorowania, zwłaszcza w przypadkach wczesnego zachorowania. Zespół chorobowy powiązany jest z pewną genetyczną skłonnością (HLA-B5), widoczną zwłaszcza u pacjentów pochodzących z krajów basenu Morza Śródziemnego i Dalekiego Wschodu. Zgłaszano przypadki całych rodzin cierpiących na tę chorobę.

1.5 Dlaczego moje dziecko choruje na tę chorobę? Czy można jej zapobiec?

Chorobie nie można zapobiec, ponieważ jej przyczyna jest nieznana. Nie mógł/mogła Pan(i) zrobić nic, aby zapobiec rozwojowi BD u Pana(-i) dziecka. To nie Pana(-i) wina.

1.6 Czy choroba jest zakaźna?

Nie, nie jest.

1.7 Jakie są główne objawy choroby?

Owrzodzenia jamy ustnej: Zmiany te są niemal zawsze obecne. Owrzodzenia jamy ustnej są początkowym objawem występującym u 2/3 pacjentów. U większości dzieci pojawiają się liczne niewielkie owrzodzenia, które trudno odróżnić od nawracających owrzodzeń często występujących w dzieciństwie. Rozleglejsze owrzodzenia zdarzają się rzadziej i mogą się okazać bardzo trudne do wyleczenia.

Owrzodzenie narządów płciowych: U chłopców owrzodzenia rozwijają się głównie na mosznie, rzadziej na penisie. U dorosłych pacjentów zmiany te niemal zawsze powodują powstanie blizn. U dziewczynek zainfekowane zostają głównie zewnętrzne narządy płciowe. Owrzodzenia te przypominają zmiany w jamie ustnej. U dzieci przed okresem dojrzewania rozwijają się mniej owrzodzeń narządów płciowych. Chłopcy mogą cierpieć z powodu nawracającego zapalenia jąder.

Zajęcie skóry: Powstają różnego rodzaju zmiany skórne. Zmiany pseudotrudzikowe pojawiają się wyłącznie po okresie dojrzewania. Rumień guzowaty to czerwone, bolesne zmiany guzkowe, zlokalizowane zazwyczaj na niższych partiach nóg. Tego typu zmiany częściej występują wśród dzieci przed okresem dojrzewania.

Patergia: Patergia to reaktywność skóry na ukłucie igłą, występująca u pacjentów z BD. Reakcję tę wykorzystuje się w badaniach diagnostycznych choroby Behçeta. W trakcie badania skórę przedramienia nakłuwają się sterylną igłą i obserwuje, czy w ciągu 24–48 godzin w miejscu ukłucia powstanie grudka (wypukła, okrągła wysypka) lub krostka (okrągła, wypukła wysypka zawierająca wydzielinę ropną).

Zajęcie oczu: Jest to jeden z najpoważniejszych objawów tej choroby. O ile ogólna częstość występowania wynosi 50%, o tyle u chłopców wzrasta ona do 70%. U dziewczynek objaw ten występuje rzadziej. U większości pacjentów zaatakowanych zostaje obydwójce oczu. Objawy ze strony oczu pojawiają się zazwyczaj w ciągu pierwszych trzech lat od momentu wystąpienia choroby. Choroba oczu ma postać przewlekłą z okresowymi zaostrzeniami. Każde zaostrzenie objawów choroby powoduje pewne uszkodzenia strukturalne i stopniową utratę wzroku. Celem leczenia jest opanowanie stanu zapalnego, zapobieganie wystąpieniu zaostrzeń oraz ochrona wzroku lub ograniczanie utraty wzroku.

Zajęcie stawów: U około 30–50% dzieci cierpiących na BD zajęte są stawy. Zazwyczaj są to stawy skokowe, kolana, nadgarstki i łokcie, a

choroba dotyka mniej niż czterech stawów. Stan zapalny może powodować obrzęk stawów, ich ból, sztywność i ograniczenie ruchomości. Na szczęście objawy te zwykle trwają tylko kilka tygodni, po czym samoistnie mijają. Rzadko zdarza się, aby stan zapalny doprowadził do uszkodzenia stawu.

Objawy ze strony układu nerwowego: W rzadkich przypadkach u dzieci z BD pojawiają się problemy natury neurologicznej. Charakterystycznymi objawami są drgawki, zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe (ciśnienie krwi wewnątrz czaszki) z towarzyszącymi bólami głowy i objawami ze strony mózgu (dotyczącymi zaburzeń równowagi lub chodu). Najcięższe formy schorzenia obserwuje się u mężczyzn. U niektórych pacjentów mogą wystąpić zaburzenia psychiczne.

Zajęcie naczyń krwionośnych: Zajęcie naczyń krwionośnych obserwuje się u około 12–30% pacjentów z młodzieńczą postacią BD i może ono oznaczać słabe rezultaty leczenia. Choroba może zaatakować zarówno żyły, jak i tętnice. Ponieważ zaatakowane może zostać naczynie krwionośne o dowolnym rozmiarze, choroba sklasyfikowana została jako „zapalenie naczyń różnej wielkości”. Celem ataku choroby są często naczynia krwionośne zlokalizowane w łydkach, które stają się opuchnięte i bolesne.

Objawy ze strony układu pokarmowego: Jest to szczególnie powszechne u pacjentów pochodzących z Dalekiego Wschodu. Przeprowadzone badanie jelita ujawnia obecność owrzodzeń.

1.8 Czy choroba przebiega tak samo u wszystkich dzieci?

Nie, nie przebiega tak samo. U niektórych dzieci choroba może mieć łagodny przebieg z niezbyt często pojawiającymi się owrzodzeniami jamy ustnej i zmianami skórными, podczas gdy u innych mogą wystąpić objawy ze strony oczu oraz układu nerwowego. Występują również pewne różnice między chłopcami i dziewczynkami. U chłopców objawy są zazwyczaj cięższe niż u dziewcząt i w większym stopniu obejmują oczy oraz naczynia krwionośne. W zależności od położenia geograficznego zmienia się nie tylko liczba zachorowań, ale również zakres objawów klinicznych choroby.

1.9 Czy choroba przebiega inaczej u dzieci i u dorosłych?

U dzieci BD występuje rzadziej niż u dorosłych, ale to właśnie u najmłodszych pacjentów z BD obserwuje się więcej przypadków rodzinnych zachorowań. Objawy choroby występujące po okresie dojrzewania bardziej przypominają te charakterystyczne dla dorosłych pacjentów. Ogólnie rzecz biorąc, mimo pewnych różnic BD u dzieci przypomina chorobę występującą u dorosłych.

2. DIAGNOZA I LECZENIE

2.1 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Diagnoza jest głównie kliniczna. Może minąć od roku do nawet pięciu lat zanim dziecko spełni wszystkie międzynarodowe kryteria określone dla BD. Kryteria te obejmują obecność owrzodzeń jamy ustnej, którym towarzyszą dwie z następujących cech: owrzodzenia narządów płciowych, typowe zmiany skórne, rozpoznana patergia i zajęcie oczu. Diagnozę stawia się zwykle z 3-letnim opóźnieniem.

Nie istnieją żadne specjalne badania laboratoryjne pod kątem choroby Behçeta. U około połowy dzieci z BD występuje marker genetyczny HLA-B5, którego obecność wiąże się z bardziej nasilonymi objawami choroby.

Jak wspomniano powyżej, u około 60–70% pacjentów test patergii daje pozytywny wynik. Jednak patergia występuje rzadziej u niektórych grup etnicznych. Aby zdiagnozować zajęcie układu naczyniowego i nerwowego, może być konieczne wykonanie specjalnych badań obrazowych naczyń krwionośnych i mózgu.

Z uwagi na to, że BD jest chorobą wieloukładową, w leczenie powinni być zaangażowani lekarze specjaliści z różnych dziedzin, zajmujący się leczeniem chorób oczu (okulista), skóry (dermatolog) i układu nerwowego (neurolog).

2.2 Jakie jest znaczenie badań?

Duże znaczenie dla postawienia diagnozy ma test patergii. Test został włączony do kryteriów klasyfikacyjnych Choroby Behçeta Międzynarodowej Grupy Badawczej. Na wewnętrznej powierzchni skóry przedramienia sterylną igłą wykonuje się trzy nakłucia. Badanie nie jest zbyt bolesne, a reakcja na badanie pojawia się w ciągu 24–48 godzin. Zwiększoną nadreaktywność skóry można zaobserwować również w miejscach pobierania krwi lub przeprowadzonych zabiegów

chirurgicznych. W związku z powyższym pacjenci cierpiący na BD nie powinni przechodzić żadnych zabiegów, które nie są niezbędne. Istnieje kilka badań, które przeprowadza się w diagnostyce różnicowej, ale nie istnieje żadne specyficzne badanie laboratoryjne, które potwierdziłoby obecność BD. Ogólnie testy wskazują, że istnieje lekki stan zapalny. Mogą też wykryć umiarkowaną anemię i podwyższoną ilość białych krwinek. Nie ma potrzeby powtarzania tych badań, o ile pacjent jest monitorowany pod kątem aktywności choroby i działań niepożądanych wywoływanych przez leki. U dzieci, u których wystąpiło zajęcie układu naczyniowego i nerwowego, stosuje się kilka technik diagnostyki obrazowej.

2.3 Czy chorobę można leczyć lub wyleczyć?

W przebiegu choroby może dojść do remisji, mogą też jednak występować zaostrzenia. Można ją kontrolować, ale nie wyleczyć.

2.4 Na czym polega leczenie?

Nie istnieje żadna konkretna metoda leczenia, ponieważ przyczyna choroby Behçeta pozostaje nieznana. Zajęcie różnych narządów pociąga za sobą konieczność stosowania różnych metod leczenia. Na jednym końcu skali znajdują się pacjenci z BD, którzy nie potrzebują żadnej terapii. Z kolei na drugim – pacjenci z objawami ze strony oczu, ośrodkowego układu nerwowego i układu naczyniowego, którzy mogą wymagać złożonego leczenia. Niemal wszystkie dostępne dane na temat leczenia BD pochodzą z badań przeprowadzonych na dorosłych pacjentach. Najważniejsze stosowane leki zostały opisane w dalszej części.

Kolchicyna: : Lek ten stosuje się niemal na wszystkie objawy BD, ale ostatnie badania wykazały, że najskuteczniejszy jest w leczeniu schorzeń stawów i rumienia guzowatego oraz w ograniczaniu wrzodów błony śluzowej.

Kortykosteroidy: Kortykosteroidy są bardzo skuteczne w zwalczaniu stanu zapalnego. Kortykosteroidy, zazwyczaj w dużych dawkach (1-2 mg/kg/dzień), podaje się głównie dzieciom, u których wystąpiły objawy ze strony oczu, ośrodkowego układu nerwowego oraz układu naczyniowego. Gdy zachodzi taka potrzeba, leki te mogą zostać podane również dożylnie, w wyższych dawkach (30 mg/kg/dzień, w trzech

dawkach co drugi dzień), co gwarantuje natychmiastową reakcję organizmu. Miejscowe (podawane lokalnie) kortykosteroidy stosuje się w leczeniu owrzodzeń jamy ustnej i chorobach oczu (w formie kropli do oczu).

Leki immunosupresyjne: Leki z tej grupy podaje się dzieciom, u których wystąpiły silne objawy choroby, zwłaszcza ze strony narządu wzroku, większych organów oraz naczyń krwionośnych. Do leków tych należą azatiopryna, cyklosporyna A i cyklofosfamid.

Leki przeciwplatekcyjne i przeciwzakrzepowe: Obydwie opcje stosuje się w wybranych przypadkach, w których dochodzi do zajęcia układu naczyniowego. U większości pacjentów przy tego typu dolegliwościach prawdopodobnie wystarcza podanie aspiryny.

Leki anty-TNF: Ta nowa grupa leków okazuje się pomocna w leczeniu niektórych aspektów choroby.

Talidomid: W niektórych ośrodkach ten lek stosuje się do leczenia rozleglejszych owrzodzeń jamy ustnej.

W przypadku owrzodzeń jamy ustnej i narządów płciowych bardzo ważne jest leczenie miejscowe. Leczenie i monitorowanie pacjentów cierpiących na BD wymaga współpracy specjalistów z różnych dziedzin. Oprócz reumatologa dziecięcego w zespole specjalistów zajmujących się leczeniem pacjenta z BD powinni się znaleźć okulista i hematolog. Rodzina i pacjent powinni pozostawać w stałym kontakcie z lekarzem prowadzącym lub ośrodkiem odpowiedzialnym za leczenie chorego.

2.5 Jakie są działania niepożądane leczenia farmakologicznego?

Do najpowszechniejszych działań niepożądanych kolchicyny należy biegunka. W rzadkich przypadkach lek ten może powodować spadek liczby białych krwinek lub płytek krwi. Zgłaszane były przypadki azoospermii (spadek liczby plemników), jednak nie stanowi ona większego problemu przy dawkach terapeutycznych stosowanych w leczeniu tej choroby: liczba plemników powraca do normy po zmniejszeniu dawki leku lub przerwaniu leczenia.

Kortykosteroidy są najbardziej skutecznymi dostępnymi lekami przeciwzapalnymi, ale ich użycie jest ograniczone ze względu na fakt, że przy dłuższym stosowaniu wiąże się z wystąpieniem kilku znaczących działań niepożądanych, w tym cukrzycy, nadciśnienia, osteoporozy, zaćmy i zahamowania wzrostu. Dzieci, które muszą stosować

kortykosteroidy, powinny je zażywać raz dziennie, rano. Przy długotrwałym podawaniu tych leków do leczenia należy włączyć preparaty zawierające wapń.

Spośród leków immunosupresyjnych azatiopryna może być toksyczna dla wątroby, powodować spadek liczby krwinek i zwiększać podatność na infekcje. Cyklosporyna A jest przede wszystkim toksyczna dla nerek, ale może również powodować nadciśnienie lub zwiększenie owłosienia ciała i problemy z dziąsłami. Wśród działań niepożądanych cyklofosfamidu obserwuje się zahamowanie czynności szpiku kostnego i problemy z pęcherzem moczowym. Długotrwałe zażywanie tego leku ma wpływ na cykl menstruacyjny i może doprowadzić do bezpłodności. Pacjenci leczeni z użyciem leków immunosupresyjnych podlegają ścisłemu nadzorowi lekarskiemu i co jeden lub dwa miesiące powinni przeprowadzać badania krwi i moczu.

Leki anty-TNF i inne leki biologiczne są coraz częściej stosowane w przypadku uporczywych objawów choroby. Leki anty-TNF i biologiczne zwiększają częstość występowania infekcji.

2.6 Jak długo powinno trwać leczenie?

Nie istnieje ogólna odpowiedź na to pytanie. Zasadniczo terapia lekami immunosupresyjnymi zostaje przerwana po minimum dwóch latach leczenia lub w momencie, kiedy faza remisji trwa u pacjenta co najmniej dwa lata. Jednak u dzieci z objawami ze strony narządu wzroku i układu naczyniowego, u których trudno jest osiągnąć fazę remisji, terapia może trwać znacznie dłużej. W takich przypadkach leki i dawki dostosowuje się do aktualnie występujących objawów klinicznych.

2.7 Czy można stosować leczenie niekonwencjonalne lub uzupełniające?

Istnieje wiele uzupełniających i alternatywnych sposobów leczenia, co może dezorientować pacjentów i ich rodziny. Należy dokładnie przemyśleć ryzyko i korzyści związane z takimi terapiami, ponieważ niewiele jest udowodnionych korzyści z nich wyływających, a mogą pochłaniać wiele czasu i pieniędzy oraz być obciążeniem dla dziecka. Jeśli chce Pan(i) uzyskać więcej informacji o leczeniu uzupełniającym i alternatywnym, proszę porozmawiać o tym z reumatologiem dziecięcym. Niektóre terapie mogą wchodzić w interakcje z

konwencjonalnymi lekami. Większość lekarzy nie będzie miała nic przeciwko leczeniu uzupełniającemu, pod warunkiem że pacjent będzie przestrzegał zaleceń lekarskich. Bardzo ważne jest, żeby nie zaprzestawać przyjmowania przepisanych leków. Leki służą do kontrolowania choroby – jeśli choroba jest nadal aktywna, zaprzestanie ich przyjmowania może być bardzo niebezpieczne. Zachęcamy do omówienia wątpliwości związanych z lekami z lekarzem swojego dziecka.

2.8 Jakie kontrole okresowe są niezbędne?

Aby monitorować aktywność choroby i przebieg leczenia, należy przeprowadzać okresowe kontrole, zwłaszcza w przypadku dzieci, u których wystąpiło zapalenie oczu. Oczy powinien zbadać okulista doświadczony w leczeniu zapalenia błony naczyniowej oka (zapalna choroba oczu). Częstość wizyt kontrolnych zależy od aktywności choroby i rodzaju zażywanego leku.

2.9 Jak długo choruje się na tę chorobę?

Zazwyczaj przebieg choroby obejmuje okresy remisji i zaostrzenia objawów. Ogólna aktywność choroby zwykle maleje z czasem.

2.10 Jakie jest długofalowe rokowanie (przewidywany skutek i przebieg) choroby?

Dane na temat długotrwałej obserwacji pacjentów z dziecięcym BD są niewystarczające. Ze zgromadzonych danych wynika, że wielu pacjentów z BD nie wymaga żadnego leczenia. Jednak dzieci z objawami ze strony oczu, układu nerwowego i naczyniowego wymagają specjalnego leczenia i obserwacji. Choroba Behçeta może być śmiertelna, ale tylko w rzadkich przypadkach, przede wszystkim w wyniku powikłań naczyniowych (pęknięcie tętniaków – rozszerzeń naczyń krwionośnych przypominających baloniki – tętnic płucnych lub innych tętnic obwodowych), zaawansowanego zajęcia ośrodkowego układu nerwowego oraz owrzodzeń i perforacji jelit, spotykanych zwłaszcza u pacjentów z niektórymi grupami etnicznymi (np. Japończyków). Główną przyczyną zachorowalności jest choroba oczu, która może przybierać bardzo ciężką postać. U dziecka może dojść do zahamowania

wzrostu, będącego wtórnym skutkiem leczenia sterydami.

2.11 Czy możliwe jest całkowite wyleczenie?

Dzieci cierpiące na łagodniejszą postać choroby mogą wyzdrowieć, ale u większości pacjentów pediatrycznych występują długie okresy remisji na przemian z nawrotami choroby.

3. ŻYCIE CODZIENNE

3.1 Jak ta choroba może wpłynąć na codzienne życie dziecka i jego rodziny?

Jak każda choroba przewlekła, BD ma wpływ na codzienne życie dziecka i jego rodziny. Jeśli choroba występuje w postaci łagodnej i nie obejmuje oczu ani innych głównych narządów, dziecko i jego rodzina prowadzą względnie normalny tryb życia. Najpowszechniejszym problemem są nawracające owrzodzenia jamy ustnej, kłopotliwe dla większości dzieci. Zmiany w obrębie jamy ustnej mogą być bolesne i utrudniać jedzenie i picie. Również zajęcie oczu może stanowić istotny problem dla rodziny.

3.2 Czy dziecko może chodzić do szkoły?

U dzieci cierpiących na choroby przewlekłe bardzo ważne jest kontynuowanie edukacji. Dzieci z BD mogą regularnie uczestniczyć w zajęciach szkolnych, o ile nie występują objawy ze strony narządu wzroku lub innych dużych narządów. Pogorszenie wzroku może wymagać opracowania specjalnych programów edukacyjnych.

3.3 Czy dziecko może uprawiać sport?

Dziecko może brać udział w zajęciach sportowych dopóki jedynymi objawami choroby są objawy ze strony skóry i błon śluzowych. Sportu należy unikać w momencie, gdy w stawach zaczyna się rozwijać stan zapalny. Zapalenie stawów w BD jest krótkotrwałe i całkowicie ustępuje. Pacjent może powrócić do aktywności fizycznej po ustąpieniu stanu zapalnego. Jednakże dzieci, u których stwierdzono powikłania związane z oczami i naczyniami krwionośnymi, powinny ograniczyć ćwiczenia fizyczne. Pacjenci, u których stwierdzono zajęcie naczyń krwionośnych

dolnych partii ciała, powinni unikać długotrwałego stania.

3.4 Czy dieta ma wpływ na przebieg choroby?

Nie ma żadnych ograniczeń dotyczących diety. Żywnienie każdego dziecka powinno być zbilansowane i dostosowane do jego wieku. Dorastającym dzieciom zaleca się zdrową, zbilansowaną dietę z odpowiednią ilością białka, wapnia i witamin. Pacjenci przyjmujący kortykosteroidy powinni unikać przejadania się – leki te powodują zwiększenie apetytu.

3.5 Czy klimat ma wpływ na przebieg choroby?

Nie, nie ma znanego powiązania klimatu z objawami choroby.

3.6 Czy dziecko może być szczepione?

Lekarz zdecyduje, jakie szczepionki można podać dziecku. W przypadku pacjentów leczonych lekami immunosupresyjnymi (kortykosteroidami, azatiopryną, cyklosporyną A, cyklofosfamidem, lekami anty-TNF itp.) należy odłożyć na później szczepienia żywymi wirusami atenuowanymi (takie jak przeciwko różyczce, odrze, śwince, Polio Sabin).

Można natomiast podawać szczepionki, które nie zawierają żywych bakterii i wirusów, a tylko zakaźne białka (przeciw tężcowi, błonicy, polio Salka, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, krztuścowi, pneumokokom, zakażeniom bakterią *Haemophilus*, meningokokom, grypie).

3.7 Jak choroba wpływa na życie seksualne, ciążę, antykoncepcję?

Jednym z głównych objawów, który może mieć wpływ na współżycie, jest pojawienie się owrzodzeń narządów płciowych. Zmiany te mogą być nawracające i bolesne, przez co zakłócać życie seksualne. Kobiety chorujące na BD cierpią zazwyczaj na łagodną postać choroby i nie powinny mieć problemów w ciąży. U pacjentów leczonych lekami immunosupresyjnymi należy rozważyć stosowanie antykoncepcji. W kwestii antykoncepcji i ciąży pacjentom zaleca się konsultację z lekarzem.

