

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa in der Schwangerschaft und Stillzeit



Aktualisierte
Auflage 2015



Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Axel Dignaß
Chefarzt der Medizinischen Klinik I
Gastroenterologie, Onkologie, Infektiologie und
Ernährungsmedizin
AGAPLESION Markus-Krankenhaus
Wilhelm-Epstein-Str. 4
60431 Frankfurt am Main

Tel.: 0 69/95 33-22 01
Fax: 0 69/95 33-22 91
E-Mail: med1.mk@fdk.info

In Zusammenarbeit mit



**Deutsche
Morbus Crohn/
Colitis ulcerosa
Vereinigung
DCCV e.V.**

Herausgeber

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

Fax: 07 61/15 14-321
E-Mail: literaturservice@falkfoundation.de
www.falkfoundation.de

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa in der Schwangerschaft und Stillzeit

Prof. Dr. med. Axel Dignaß

Inhalt

Einleitung	4
<i>Können Frauen und Männer mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Kinder bekommen?</i>	6
<i>Ist die Fruchtbarkeit bzw. Zeugungsfähigkeit bei Frauen und Männern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vermindert?</i>	8
<i>Werden der Verlauf einer Schwangerschaft und die Gesundheit des Kindes durch eine chronisch entzündliche Darmerkrankung beeinflusst?</i>	12
<i>Welche Untersuchungen sollten vor einer geplanten Schwangerschaft erfolgen?</i>	16
<i>Beeinflusst eine Darmoperation aufgrund der chronisch entzündlichen Darmerkrankung den Verlauf einer Schwangerschaft?</i>	18
<i>Wird der Verlauf einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung durch eine Schwangerschaft negativ oder positiv beeinflusst?</i>	20
<i>Können chronisch entzündliche Darmerkrankungen auch erstmals während einer Schwangerschaft auftreten?</i>	24
<i>Ist eine medikamentöse Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen in der Schwangerschaft möglich?</i>	26
<i>Sind durch die übliche medikamentöse Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Gefahren für das Kind zu erwarten?</i>	30
<i>Dürfen die immunmodulierenden Medikamente Azathioprin oder 6-Mercaptopurin vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?</i>	34
<i>Dürfen die immunmodulierenden Medikamente Methotrexat (MTX), Tacrolimus oder Cyclosporin A vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?</i>	40

Dürfen Infliximab, Adalimumab oder andere TNF- α -Hemmer vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?	42
Darf der Adhäsionsmolekülhemmer Vedolizumab vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?	46
Ist eine Cortisontherapie zum Ende einer Schwangerschaft und während der Stillzeit möglich?	48
Ist das Absetzen einer 5-ASA-Therapie vor der Entbindung erforderlich?	50
Kann die Einnahme der Antibabypille eine chronisch entzündliche Darmerkrankung auslösen?	52
Gibt es medizinische Gründe, die einen Schwangerschaftsabbruch bei einer Patientin mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung erfordern?	54
Welche diagnostischen Untersuchungen können während einer Schwangerschaft durchgeführt werden?	56
Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Geburt zu beachten?	58
Ist eine spezielle Diät in der Schwangerschaft bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sinnvoll?	60
Wie hoch ist das Risiko für die Kinder eine chronisch entzündliche Darmerkrankung zu bekommen, wenn die Eltern an einem Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa erkrankt sind?	62
Dürfen Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stillen?	66
Ausgewählte Literatur und Beratungsstellen zum Thema Schwangerschaft und Stillzeit bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen	68

Einleitung

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa treten gehäuft im jüngeren Lebensalter und somit in einer Lebensphase auf, in der die Familienplanung eine wesentliche Rolle spielt. Frauen und Männer, die an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung leiden, aber auch ihre Partner sind häufig unsicher, welche Auswirkungen notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen wie Spiegelungen des Magen-Darm-Trakts (Endoskopien), Röntgenuntersuchungen, Operationen oder die häufig notwendige Einnahme von Medikamenten auf den Verlauf und den Ausgang einer Schwangerschaft haben können.

Häufig stellt sich auch die Frage, inwieweit die Darmerkrankung durch eine Schwangerschaft beeinflusst werden kann und ob bestimmte Vorsichtsmaßnahmen, z. B. hinsichtlich des Entbindungsmodus zu beachten sind. Kommt es durch die Schwangerschaft zu einer Verschlechterung der chronisch entzündlichen Darmerkrankung oder zur Auslösung eines akuten Erkrankungsschubs?

Vielfach besteht aber auch Unklarheit darüber, ob die Zeugungsfähigkeit durch eine chronisch entzündliche Darmerkrankung herabgesetzt sein kann und ob somit überhaupt eine Schwangerschaft möglich ist. Da eine erbliche Veranlagung bei der Auslösung und Entwicklung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen häufig vermutet und diskutiert wird, bestehen auch zu diesem Problemkreis zahlreiche Fragen von Betroffenen und ihren Angehörigen.

Eine ausführliche Beratung der betroffenen Patient(inn)en und ihrer Angehörigen vor, während und nach einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist daher notwendig und sinnvoll, um oft unbegründete Ängste hinsichtlich einer Schwangerschaft abzubauen und um mögliche Gefahren und Komplikationen für Mutter und Kind frühzeitig zu erkennen.

In dieser kleinen Broschüre soll versucht werden, auf häufig gestellte Fragen Antworten zu geben. Dabei wird der aktuelle Kenntnisstand unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Untersuchungsergebnisse dargestellt.

Es muss jedoch betont werden, dass diese Broschüre nicht als allgemeingültige Antwort auf alle Fragen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Stillzeit bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen verstanden werden darf und insbesondere nicht dazu geeignet ist, das vertrauensvolle persönliche Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu ersetzen. Bei jeder Schwangerschaft und bei jedem Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung kann eine individuelle besondere Situation bestehen, die durch eine Broschüre nicht erfasst werden kann.

Es ist auch zu betonen, dass sich medizinische Erkenntnisse im Laufe der Zeit verändern und sich daher Verhaltensempfehlungen und medizinische Ratschläge ändern können. Dies trifft für diagnostische Methoden, aber insbesondere auch für die medikamentöse oder operative Therapie zu, da einerseits Neuentwicklungen von Medikamenten und therapeutischen und diagnostischen Methoden, aber auch der längere Einsatz und damit die größere Erfahrung in der Anwendung dieser Medikamente und Methoden neue Erkenntnisse erbringen. Daher sollten Sie diese Thematik bei unklaren Situationen immer mit Ihren betreuenden Ärzten besprechen.

Prof. Dr. med. Axel Dignaß

**„Können Frauen und
Männer mit chronisch
entzündlichen Darm-
erkrankungen Kinder
bekommen?“**

Diese Frage ist zunächst einmal generell mit „ja“ zu beantworten. Es gibt jedoch einige grundsätzliche Dinge, die bei der Planung einer Schwangerschaft beachtet werden sollten. Wie Sie weiter unten sehen werden, sollte nach Möglichkeit eine Schwangerschaft in einer Ruhephase der Erkrankung geplant werden, da in dieser Situation die Fruchtbarkeit und die Zeugungsfähigkeit, bis auf wenige Ausnahmen, unbeeinträchtigt sind und sich der Schwangerschaftsverlauf nicht wesentlich von dem völlig gesunder Frauen unterscheidet.

Jedoch sollte hierbei bedacht werden, ob diese Ruhephase der Erkrankung durch Arzneimittel bedingt ist, die eine Schwangerschaft ungünstig beeinflussen können. Daher sollte bei bestehendem Schwangerschaftswunsch möglichst frühzeitig ein vertrauensvolles Gespräch mit den behandelnden Ärzten und möglicherweise erfahrenen Spezialisten gesucht werden.



**„Ist die Fruchtbarkeit bzw.
Zeugungsfähigkeit bei
Frauen und Männern mit
chronisch entzündlichen
Darmerkrankungen
vermindert?“**

Fruchtbarkeit bei Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Patientinnen mit Colitis ulcerosa unterscheiden sich bezüglich ihrer Fruchtbarkeit in der Regel nicht von gesunden Frauen. Ausnahmen bestehen jedoch häufiger nach ausgedehnten Operationen. Während man bis vor wenigen Jahren überzeugt war, dass eine Verminderung der Fruchtbarkeit nach ausgedehnten Operationen nur vorübergehend zu beobachten sei, gibt es jetzt doch zahlreiche Hinweise, dass es nach einer totalen Entfernung des Dickdarms (Proktokolektomie) und anschließender Schaffung eines Dünndarmreservoirs (Pouch) und Wiederanschluss des Dünndarms an den Enddarm (ileoanale Pouchanastomose) zu einer dauerhaften Verminderung der Fruchtbarkeit bei einer nicht unerheblichen Zahl von Patientinnen kommen kann. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass selbst 5 Jahre nach einer derartigen Operation nur etwa 40% der gebärfähigen Frauen mit Kinderwunsch auf natürlichem Wege schwanger werden, während gesunde Frauen oder Frauen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung vor einer Operation im fortpflanzungsfähigen Alter bei Schwangerschaftswunsch in etwa 90% schwanger werden können. Nach künstlicher Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) können diese Frauen aber eine komplikationslose Schwangerschaft haben und ihr Kind normal austragen. Daher sollte bei bestehendem Kinderwunsch und ausbleibender Schwangerschaft nach operativen Eingriffen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen frühzeitig über eine künstliche Befruchtung nachgedacht und kompetente fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden. Es scheint, dass durch moderne laparoskopische Operationsmethoden das Risiko einer anhaltenden Unfruchtbarkeit reduziert werden kann. Manchmal kann bei geplantem Kinderwunsch auch ein vorübergehender Verzicht auf eine ileoanale Pouchanlage diskutiert und nach einer

vorübergehenden Stomaanlage oder Ileorektostomie eine definitive Operation nach Beendigung der Familienplanung erwogen werden.

Bei weniger ausgedehnten operativen Eingriffen, z. B. Teilentfernungen des Darms oder Anlage eines künstlichen Darmausgangs (Ileostoma-Anlage), wird häufiger nur eine vorübergehende Verminderung der Fruchtbarkeit beobachtet, die in den meisten Fällen zeitlich begrenzt ist. Im Verlauf von Wochen bis Monaten entwickelt sich wieder eine normale Fruchtbarkeit, auch wenn insgesamt gesehen die Fruchtbarkeit bei operierten Frauen vermutlich etwas geringer ist.

Bei Patientinnen mit Morbus Crohn ist die Datenlage nicht ganz so eindeutig. Es scheint, dass die Fruchtbarkeit in einer Ruhephase der Erkrankung nicht beeinträchtigt ist, während im akuten Schub oder auch nach größeren Operationen eine vorübergehende Verminderung der Fruchtbarkeit beobachtet werden kann. Dies äußert sich dann gelegentlich auch in einem Ausbleiben der Regelblutung, ein Symptom, das gehäuft bei zusätzlichem größerem Gewichtsverlust im Rahmen der Erkrankung beobachtet wird.

Eine Verringerung der Fruchtbarkeit in Phasen stark erhöhter entzündlicher Aktivität erscheint auch aus biologischer Sicht durchaus sinnvoll, um einen weitgehend positiven Verlauf einer eingetretenen Schwangerschaft zu ermöglichen und eine nicht wünschenswerte zusätzliche Belastung für die Patientin zu verhindern.

Nach Ausheilung der Operationsfolgen und Stabilisierung der Erkrankungsaktivität scheint die weibliche Fruchtbarkeit nicht wesentlich beeinträchtigt zu sein, auch wenn einzelne Untersuchungen doch von einer geringgradig verminderten Fruchtbarkeit bei operierten Patientinnen ausgehen. Es muss zusätzlich betont

werden, dass eine ausbleibende Schwangerschaft nicht immer auf eine bestehende chronisch entzündliche Darmerkrankung zurückgeführt werden kann, da auch bei völlig gesunden Frauen mit regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr nur in etwa 90% eine Schwangerschaft eintritt.

Zeugungsfähigkeit bei Männern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Die Zeugungsfähigkeit von Männern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist im Allgemeinen nicht beeinträchtigt. Abszesse und Fisteln im Becken- und Analbereich können jedoch zu Störungen der Erektion und des Samenergusses (Ejakulation) führen. Dies kann gelegentlich auch nach ausgedehnten Operationen beobachtet werden; insbesondere nach ileoanalnen Pouchoperationen werden derartige Störungen gelegentlich gesehen, sind aber insgesamt selten.

Eine besondere Situation besteht hinsichtlich der Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mit Salazosulfapyridin- bzw. Sulfasalazin-Präparaten. Diese Medikamente können bei Männern zu einer vorübergehenden Unfruchtbarkeit führen, die sich etwa 2 Monate nach Absetzen des Medikaments oder einem Wechsel auf reine Mesalazin- bzw. 5-Aminosalicylsäure (5-ASA)-Präparate zurückbildet. Die Ursache für diese vorübergehende Zeugungsunfähigkeit unter einer Sulfasalazin-Behandlung besteht in einer verminderten Spermienzahl, einer Verminderung der Samenflüssigkeit sowie einer veränderten Struktur und Beweglichkeit der männlichen Samenzellen. Diese Veränderungen werden bei etwa 80% der mit dieser Medikamentengruppe behandelten Männer beobachtet. Es empfiehlt sich daher bei Kinderwunsch bereits eine Umstellung auf reine Mesalazin- oder 5-ASA-Präparate.

**„Werden der Verlauf
einer Schwangerschaft
und die Gesundheit
des Kindes durch eine
chronisch entzündliche
Darmerkrankung
beeinflusst?“**

Der Einfluss der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa auf den Verlauf einer Schwangerschaft und die Gesundheit des Kindes wurde in zahlreichen Studien untersucht. Generell kann davon ausgegangen werden, dass ein unkomplizierter Schwangerschaftsverlauf bei Frauen mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa in etwa 85% zu beobachten ist. Fehlbildungen werden sowohl bei Morbus-Crohn- als auch bei Colitis-ulcerosa-Patientinnen nur in etwa 1% beobachtet. Auch für Fehlgeburten besteht allgemein kein erhöhtes Risiko. Diese Zahlen entsprechen den Zahlen, die man bei völlig gesunden Frauen beobachten kann. Es muss betont werden, dass eine Schwangerschaft auch bei völlig gesunden Frauen nicht in allen Fällen normal verläuft, sondern auch hier in etwa 15% Schwangerschaftsprobleme und kindliche Komplikationen auftreten können.

Obwohl eine Schwangerschaft bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen allgemein einen vergleichbar günstigen Verlauf wie bei gesunden Frauen nimmt, zeigen verschiedene Untersuchungen, dass eine höhere entzündliche Aktivität zum Zeitpunkt der Zeugung sowohl bei Morbus-Crohn- als auch bei Colitis-ulcerosa-Patientinnen den Verlauf einer Schwangerschaft ungünstig beeinflussen und zu einer deutlichen Zunahme von Schwangerschaftskomplikationen führen kann (Tabelle 1).

Schwangerschaftsverlauf bei gesunden Frauen und bei Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in Abhängigkeit von der Erkrankungsaktivität [Angaben in %]

Angegeben sind mittlere Prozentzahlen aus europäischen und amerikanischen Untersuchungen.

	Normal	Fehlbil-dungen	Frühge-burten	Fehlge-burten
Allgemein-bevölkerung	83	2	6	9
MC in Remission	82 (71–93)	1 (0–6)	7	10 (3–27)
MC im Schub	54	1	25	20
CU in Remission	84 (76–97)	1 (0–3)	6	9 (1–16)
CU im Schub	65	2	12	21

Tabelle 1

MC = Morbus Crohn CU = Colitis ulcerosa

Da bei einer Empfängnis in einer Remissionsphase bzw. in einer Phase niedriger Erkrankungsaktivität eine Schwangerschaft in der Regel ungestört verläuft und kein erhöhtes Risiko für Komplikationen aufweist, sollten Schwangerschaften möglichst in Remissionsphasen oder Phasen geringer Erkrankungsaktivität geplant werden. Besteht zum Zeitpunkt der Konzeption eine erhöhte entzündliche Aktivität der chronisch entzündlichen Darmerkrankung, nimmt die Zahl von Fehlgeburten, Frühgeburten und anderen Schwangerschaftskomplikationen deutlich zu. Wenn möglich, sollten vor einer Schwangerschaft behandlungsbedürftige Befunde abgeklärt werden.

Sollten z. B. in der nächsten Zeit Operationen notwendig erscheinen (z. B. narbige Stenosen), sollten diese vor einer geplanten Schwangerschaft erfolgen. Ebenfalls sollten die aktuell eingenommenen Medikamente überprüft und mögliche Mangelerscheinungen ausgeglichen werden.



Gesichtsprofil eines gesunden Mädchens in der 25. Schwangerschaftswoche im Ultraschallbild

**„Welche Untersuchungen
sollten vor einer geplan-
ten Schwangerschaft
erfolgen?“**

Dies kann nicht allgemein vorhergesagt, sondern sollte im Einzelfall mit dem betreuenden Arzt besprochen werden. Nicht in jedem Fall sind aufwendige Maßnahmen wie Spiegelungen und Röntgenuntersuchungen notwendig.

Ein ausführliches ärztliches Gespräch und eine Laboruntersuchung zur Beurteilung der entzündlichen Aktivität und zum Ausschluss von Mangelerscheinungen sollte in der Regel jedoch vor einer geplanten Schwangerschaft erfolgen. Auch eine Ultraschalluntersuchung des Bauchs und des Darms durch einen erfahrenen Untersucher kann wichtige Befunde liefern.

In Einzelfällen können auch weiterführende Untersuchungen, wie z. B. Spiegelungen und Röntgenuntersuchungen des Dünndarms oder eine entzündungshemmende Therapie und eine zusätzliche Gabe von Vitaminen und Mineralien (z. B. Vitamin B₁₂, Folsäure, Eisen), erforderlich werden. Insbesondere die Einnahme von Folsäure bei geplanter Schwangerschaft ist sinnvoll, da hierdurch die Zahl der selten auftretenden Neuralrohrdefekte während der kindlichen Entwicklung vermindert werden kann. Möglicherweise sind die Resorption und der Stoffwechsel der Folsäure unter einer Sulfasalazin-/Sulfapyridin-Therapie noch zusätzlich vermindert, sodass in diesen Fällen eine prophylaktische Folsäuregabe erfolgen oder diese Medikamentengruppe gegen andere 5-ASA-Medikamente ausgetauscht werden sollte.

„Beeinflusst eine Darmoperation aufgrund der chronisch entzündlichen Darmerkrankung den Verlauf einer Schwangerschaft?“

In früheren Jahren erfolgte Operationen scheinen insgesamt keinen negativen Einfluss auf den Verlauf einer Schwangerschaft zu haben. Komplikationslose Schwangerschaften sind auch nach ausgedehnten Darmoperationen, wie z. B. einer Kolektomie und Anlage eines Ileostomas, noch möglich. Wichtig ist hierbei, dass ein ausreichender Zeitraum zwischen den Operationen und dem Zeitpunkt der Befruchtung (Konzeption) besteht, sodass die Wundheilungsvorgänge abgeschlossen sind und keine wesentliche entzündliche Erkrankungsaktivität besteht.

Wie bereits auf Seite 9 beschrieben, kommt es nach einer totalen Entfernung des Darms (Proktokolektomie) mit anschließender Schaffung eines Dünndarmreservoirs und Wiederanschluss des Dünndarms an den Enddarm (ileoanale Pouchanastomose) häufiger zu einer dauerhaften Verminderung der Fruchtbarkeit. Bei Kinderwunsch sollte in diesen Fällen frühzeitig fachärztlicher Rat gesucht und die Möglichkeit einer künstlichen Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) besprochen werden.

Nach einer Kolektomie sollte in der Regel vor einer geplanten Schwangerschaft 6 Monate abgewartet werden, unabhängig ob ein künstlicher Darmausgang angelegt werden muss oder eine kontinenzzerhaltende Operation durchgeführt wird. Gelegentlich können im Rahmen der Schwangerschaft Komplikationen im Bereich des Ileostomas (Vorfall, Verschluss) auftreten. Möglicherweise nimmt nach totalen Kolektomien und Ileostoma-Anlagen auch die Zahl der Frühgeburten zu. In Einzelfällen ist auch bei bereits bestehender Schwangerschaft eine operative Intervention notwendig. Dies kann gelegentlich zu Frühgeburten oder auch zu ungewollten Schwangerschaftsabbrüchen führen, tritt aber eher selten auf. Jedoch sind selbst nach ausgedehnten Operationen, z. B. totaler Kolektomie während einer Schwangerschaft aufgrund einer medikamentös nicht behandelbaren Colitis ulcerosa oder eines Darmverschlusses bei Morbus Crohn, komplikationslose Schwangerschaftsverläufe bekannt.

„Wird der Verlauf einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung durch eine Schwangerschaft negativ oder positiv beeinflusst?“

In der überwiegenden Zahl der Fälle hat eine Schwangerschaft keinen Einfluss auf die Aktivität und die Remissionserhaltung einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, obwohl in einzelnen Fällen eine deutliche Verbesserung oder Verschlechterung des Erkrankungsverlaufs der chronisch entzündlichen Darmerkrankung beobachtet werden kann (Tabellen 2 + 3). Erfolgt eine Zeugung in einer Remissionsphase, erleiden nur ungefähr 15% der Patientinnen mit einem Morbus Crohn einen akuten Schub der Erkrankung während der Schwangerschaft. Dies entspricht in etwa dem normalen Verlauf des Morbus Crohn. Besteht bei Morbus-Crohn-Patientinnen bereits zu Beginn der Schwangerschaft eine erhöhte entzündliche Aktivität, so bleibt diese in etwa einem Drittel der Fälle auch während der Schwangerschaft bestehen (Tabelle 3). Schübe der entzündlichen Darmerkrankung treten gehäuft im ersten Drittel der Schwangerschaft und im Wochenbett auf.

Einfluss einer Schwangerschaft auf die Entzündungsaktivität des Morbus Crohn bei einer Zeugung in einer Remissionsphase

Erhaltung der Remission	~ 85%
Eintreten eines Schubs	~ 15%
• Im 1. Drittel	~ 13%
• Im 2. Drittel	< 1%
• Im 3. Drittel	< 1%
• Im Wochenbett	~ 2%

Tabelle 2

Einfluss einer Schwangerschaft auf die Entzündungsaktivität des Morbus Crohn bei einer Zeugung während einer akuten Entzündungsphase

Erreichen einer Remission	15%
Verbessert	20%
Gleichbleibende Erkrankungsaktivität	30%
Verschlechterung	25%
Verschlechterung im Wochenbett	10%

Tabelle 3

Auch bei Patientinnen mit Colitis ulcerosa wird die Erkrankungsaktivität nicht wesentlich durch eine Schwangerschaft beeinflusst. Etwa ein Drittel der Patientinnen mit Colitis ulcerosa, bei denen die Empfängnis in einer Remissionsphase erfolgte, erleidet einen akuten Schub der Colitis ulcerosa (Tabelle 4).

Einfluss einer Schwangerschaft auf die Entzündungsaktivität der Colitis ulcerosa bei einer Zeugung in einer Remissionsphase

Erhaltung der Remission	~ 70%
Eintreten eines Schubs	~ 30%
• Im 1. Drittelp	~ 20%
• Im 2. Drittelp	~ 7%
• Im 3. Drittelp	< 1%
• Im Wochenbett	~ 3%

Tabelle 4

Dies entspricht dem normalen Verlauf der Erkrankung ohne begleitende Schwangerschaft. Schübe treten gehäuft in den ersten 6 Monaten der Schwangerschaft und auch im Wochenbett auf. Tritt eine Schwangerschaft in einer aktiven Krankheitsphase ein, so bleibt wie beim Morbus Crohn die Erkrankungsaktivität in der Regel erhalten (Tabelle 5).

Einfluss einer Schwangerschaft auf die Entzündungsaktivität der Colitis ulcerosa bei einer Zeugung während einer akuten Entzündungsphase

Erreichen einer Remission	19%
Verbessert	18%
Gleichbleibende Erkrankungsaktivität	32%
Verschlechterung	31%
Verschlechterung im Wochenbett	kommt auch vor

Tabelle 5

Durch eine medikamentöse Therapie kann der Verlauf der chronisch entzündlichen Darmerkrankung auch während einer Schwangerschaft in der Regel günstig beeinflusst werden, sodass eine Remission oder geringe Entzündungsaktivität erreicht, die dann auch im weiteren Verlauf der Schwangerschaft erhalten werden kann. Wenn der Verlauf einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung durch eine Verschlechterung im Rahmen einer Schwangerschaft gekennzeichnet war, kann prinzipiell nicht davon ausgegangen werden, dass dies in zukünftigen Schwangerschaften ebenfalls passieren wird.

**„Können chronisch
entzündliche Darm-
erkrankungen auch
erstmals während
einer Schwangerschaft
auftreten?“**

Sowohl eine Colitis ulcerosa als auch ein Morbus Crohn können sich erstmals während einer Schwangerschaft bemerkbar machen. In der Regel ist der Verlauf der chronisch entzündlichen Darmerkrankung dann nicht ungünstiger als bei Nicht-Schwangeren. Gelegentlich kann nicht eindeutig zwischen einem Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa unterscheiden werden, sodass die Diagnose einer Colitis indeterminata gestellt wird. Dies ist aber in den meisten Fällen für die aktuelle Therapie von untergeordneter Bedeutung.

Problematisch ist mitunter die Furcht vor diagnostischen Maßnahmen wie Spiegelungen oder Röntgenuntersuchungen (siehe auch Seite 56).



„Ist eine medikamentöse Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen in der Schwangerschaft möglich?“

Es erscheint nur allzu selbstverständlich, dass während und auch vor einer geplanten Schwangerschaft möglichst alle Medikamente vermieden werden sollten, um das ungeborene Kind vor unnötigen Risiken zu schützen. Die medikamentöse Therapie bei Schwangeren mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stellt somit ein besonderes Problem dar; hier bestehen große Unsicherheiten und viele Fragen. Vorab soll auch darauf hingewiesen werden, dass auf den Beipackzetteln fast aller Medikamente von einer Einnahme in der Schwangerschaft abgeraten wird und dass eine Einnahme nur nach strenger Indikationsstellung erfolgen sollte. Diese individuelle Indikationsstellung kann nur im Einzelfall entschieden werden und sollte nach ärztlicher Beratung durch versierte Spezialisten erfolgen. Dieser Hinweis begründet sich in erster Linie aus einem besonders hohen Sicherheitsbedürfnis. Auch wenn bei einem Medikament bislang keine unerwünschten Wirkungen für die Schwangere und ihr Kind gemeldet wurden, lässt sich ein solches Risiko, sei es auch noch so gering, naturgemäß nicht komplett ausschließen.

Es ist daher sinnvoll, während der Schwangerschaft nur wirklich notwendige Medikamente einzunehmen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch eine nicht oder nur unzureichend behandelte Erkrankung ein erhebliches Risiko für die Schwangerschaft darstellen kann.

In diesem Zusammenhang sei daher nochmals daran erinnert, dass nur etwa 85% aller Schwangerschaften auch bei völlig Gesunden ohne Komplikationen verlaufen.

Grob vereinfacht kann festgehalten werden, dass die Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen während der Schwangerschaft in wesentlichen Teilen auf Prinzipien beruht, die auch bei Nicht-Schwangeren Anwendung finden. Es ist jedoch eine regelmäßige gemeinsame Betreuung durch einen gastroenterologisch erfahrenen Arzt und einen Gynäkologen erforderlich, und es müssen einige bedeutende Besonderheiten und Ausnahmen hinsichtlich der medikamentösen Therapie berücksichtigt werden. Hilfestellung bieten manchmal auch überregionale Beratungsstellen, die weiter hinten (Seite 68) aufgeführt sind.



**„Sind durch die übliche
medikamentöse Therapie
der chronisch entzünd-
lichen Darmerkrankungen
Gefahren für das Kind
zu erwarten?“**

Leider kann auf diese Frage keine allgemeingültige Antwort gegeben werden und im Einzelfall sollte eine Beratung mit den betreuenden Gynäkologen und Internisten/Gastroenterologen erfolgen. Ein Überblick über die Anwendung ausgewählter Medikamente zur Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (in üblicher Dosierung) in der Schwangerschaft und Stillzeit ist in Tabelle 6 zusammengestellt. Die Einnahme der bekannten und zur Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen verwendeten Cortisonpräparate (z. B. Prednison, Prednisolon, Hydrocortison, Budesonid) und Mesalazin- bzw. 5-ASA-Präparate in den zur Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen üblichen Dosierungen vor oder während einer Schwangerschaft scheint nach dem heutigen Wissensstand keine erhöhte Gefahr für das Ungeborene Kind darzustellen. Allerdings wird in den Beipackzetteln der Präparate aus den oben genannten Gründen auf eine strenge Indikationsstellung in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten hingewiesen. Patientinnen, die zur Remissionserhaltung eine Therapie mit 5-ASA- oder Cortisonpräparaten (Kortikosteroiden) benötigen, sollten diese Therapie auch nach Feststellung einer Schwangerschaft fortsetzen, da wie oben dargestellt eine erhöhte entzündliche Aktivität der Darmerkrankung während der Schwangerschaft eine weitaus höhere Gefahr für die Feten darstellt. Tritt ein akuter Schub der chronisch entzündlichen Darmerkrankung auf, sollten diese Medikamente in ausreichender Dosierung verabreicht werden, um den akuten Schub möglichst rasch unter Kontrolle zu bringen. Eine unzureichend kontrollierte chronisch entzündliche Darmerkrankung schadet sowohl dem Kind als auch der Mutter mehr als die medikamentöse Therapie. Eine suboptimal dosierte Therapie kann häufig keine oder nur eine unzureichende Besserung der Erkrankungsaktivität bewirken.

Auch die väterliche medikamentöse Therapie mit den üblichen reinen 5-ASA- oder Cortisonpräparaten (Kortikosteroiden) hat nach den heutigen Erkenntnissen keine negativen Auswirkungen auf den Verlauf einer Schwangerschaft. Lediglich die oben beschriebene (siehe Seite 11) vorübergehend eingeschränkte Zeugungsfähigkeit unter der Einnahme von Salazosulfapyridin/Sulfasalazin sollte durch Umstellung auf ein reines 5-ASA- bzw. Mesalazin-Präparat bei bestehendem Kinderwunsch berücksichtigt werden.

Der Einsatz anderer Medikamente, wie z. B. von Antibiotika, immunmodulierenden Medikamenten wie Azathioprin oder 6-Mercaptopurin, Methotrexat (MTX), Cyclosporin, Tacrolimus oder der TNF- α -Hemmer Infliximab und Adalimumab, bedarf einer strengeren Überprüfung und sollte nur nach ausführlicher Beratung durch einen versierten und erfahrenen Spezialisten erfolgen (siehe auch Seiten 36 u. ff. dieser Broschüre). Das Medikament Methotrexat ist ebenso wie das Medikament Thalidomid in der Schwangerschaft oder bei geplanter Schwangerschaft kontraindiziert und sollte 6 Monate vor einer geplanten Schwangerschaft beendet werden.

Die Anwendung der Antibiotika Metronidazol oder Ciprofloxacin, die insbesondere bei Fistelerkrankungen bei Morbus Crohn und Pouchitis eingesetzt werden, bedarf in der Schwangerschaft einer strengen Abwägung. Eine langfristige Therapie mit diesen Antibiotika ist üblicherweise kontraindiziert. Da es sich hierbei um Reservemedikamente mit in der Regel geringerer Wirksamkeit handelt, sollte nach sorgfältiger Diskussion mit dem behandelnden Arzt bei medizinischer Notwendigkeit eine alternative, möglicherweise effektivere Therapie erwogen werden. Ihr Einsatz ist aber möglich und stellt keinen Grund für einen Schwangerschaftsabbruch bei ungeplanter Schwangerschaft dar.

Verschiedene weitere Medikamente, die zur Sympatomlinderung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eingesetzt werden, können nach heutiger Erkenntnis ohne schädliche Einwirkungen für das Kind eingenommen werden. Dies gilt z. B. für das Stopfmittel Loperamid, das bei sehr stark ausgeprägten Durchfällen eingesetzt wird. Bei Durchfällen kann häufiger auch ein günstiger Effekt durch Flohsamenschalen (*Plantago ovata*) erzielt werden, für die bisher keine negativen Effekte während der Einnahme in der Schwangerschaft beschrieben worden sind. Auch Probiotika (z. B. *E. coli* Nissle, Laktobazillen) können nach heutiger Erkenntnis ohne Risiko für das Neugeborene eingenommen werden.



„Dürfen die immun-modulierenden Medikamente Azathioprin oder 6-Mercaptopurin vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?“

Hinsichtlich der Anwendung der immunmodulierenden Medikamente Azathioprin oder 6-Mercaptopurin haben sich in den letzten Jahren erhebliche Änderungen ergeben. Während man noch vor einigen Jahren glaubte, dass der Einsatz dieser Medikamente vor einer geplanten oder in der Schwangerschaft mit einem höheren Risiko für Nebenwirkungen (Fehlgeburten, Fehlbildungen, Frühgeburten) verbunden ist, haben neuere Erkenntnisse und die vermehrte Anwendung von Azathioprin und 6-Mercaptopurin bei anderen Erkrankungen (z. B. Organtransplantationen, rheumatoider Arthritis), aber auch bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zeigen können, dass die Einnahme dieser Medikamente vor oder in einer Schwangerschaft nicht mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft oder Fehlbildungen beim Neugeborenen verbunden ist. Mittlerweile ist eine Vielzahl von Berichten erschienen, die auch bei Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen kein erhöhtes Risiko durch die Einnahme von Azathioprin oder 6-Mercaptopurin zeigen.

Dennoch kann naturgemäß nicht absolut augeschlossen werden, dass ein Medikament den Verlauf einer Schwangerschaft beeinflussen kann. Bei genauerer Durchsicht der Literatur findet man auch Fallberichte, die eine leicht erhöhte Zahl von Schwangerschaftskomplikationen und Fehlgeburten im Zusammenhang mit der Einnahme von Azathioprin oder 6-Mercaptopurin zeigen. Es wird aber rasch klar, dass aufgrund der geringen Fallzahlen statistische Schlussfolgerungen nicht möglich sind und auch andere Faktoren, wie z. B. eine erhöhte Erkrankungsaktivität, für diese negativen Effekte verantwortlich sein können. Daher ist man derzeit zu der Schlussfolgerung gekommen, dass Azathioprin und 6-Mercaptopurin bei medizinischer Notwendigkeit auch vor und während einer geplanten Schwangerschaft eingesetzt werden können und ggf. sogar eingesetzt werden sollten,

wenn durch andere Maßnahmen eine Kontrolle der Entzündungsaktivität nicht möglich ist. Die Entscheidung, ob Azathioprin bei Schwangerschaftswunsch beendet werden sollte oder ob eine Zeugung unter einer laufenden Azathioprin-Therapie geplant werden soll, bedarf einer ausführlichen Abwägung der Vor- und Nachteile sowie einer umfangreichen Aufklärung der Eltern.

Diese Entscheidung verlangt ein hohes Maß an Verantwortung und sollte im gemeinsamen Gespräch mit den Eltern, betreuenden Frauen- und Hausärzten sowie gastroenterologisch versierten Spezialisten erfolgen. Es besteht keine Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch, wenn es unter einer Therapie mit Azathioprin oder 6-Mercaptopurin zu einer Schwangerschaft gekommen ist.

Nicht ganz unumstritten ist auch die **väterliche Einnahme** von Azathioprin/6-Mercaptopurin vor einer geplanten Schwangerschaft. Auch hier zeigen umfangreiche Erfahrungen aus der Transplantationsmedizin sowie bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die vor oder während der Zeugung mit Azathioprin/6-Mercaptopurin behandelt wurden, kein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen oder Fehlbildungen. Ähnlich wie bei Frauen gibt es aber auch hier in der wissenschaftlichen Literatur einzelne Fallberichte, die eine mögliche negative Beeinflussung einer Schwangerschaft durch Azathioprin oder 6-Mercaptopurin nahelegen. Auch hierbei handelt es sich um sehr geringe Fallzahlen, die keine statistische Beurteilung ermöglichen.

Azathioprin darf in Deutschland während der Schwangerschaft nur nach strenger Nutzen/Risiko-Abwägung durch den behandelnden Arzt angewendet werden. Die Einnahme von Azathioprin ist aber nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen nach strenger Nutzen/Risiko-Abwägung durch den behandelnden Arzt im Einzelfall möglich und sinnvoll. Drei bis sechs Monate nach Beendigung einer Azathioprin-Therapie reifen neue Spermien heran, deren Erbgut nicht durch Azathioprin geschädigt worden ist. Wir haben in den letzten Jahren eine Vielzahl von Frauen und Männern betreut, die vor und während der Zeugung und Schwangerschaft mit Azathioprin behandelt worden sind. In keinem Fall sind uns bisher Fehlbildungen oder Schwangerschaftskomplikationen im Zusammenhang mit dieser Therapie mitgeteilt worden.

Anwendung ausgewählter Medikamente zur Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (in üblicher Dosierung) in der Schwangerschaft und Stillzeit

Medikament	Schwangerschaft	Stillzeit
5-ASA	möglich	möglich
Sulfasalazin	möglich, Folsäure-Supplementierung empfohlen	möglich
Prednisolon	möglich	möglich
Budesonid	möglich	unklar, vermutlich möglich
Azathioprin/ 6-Mercaptopurin	möglich	möglich
Methotrexat	kontraindiziert	kontraindiziert
Cyclosporin/ Tacrolimus	möglich, als Reserve-medikament	möglich, sorgfältige Indikationsstellung
Infliximab	möglich, Pausieren im 3. Trimester empfohlen	vermutlich möglich, Daten begrenzt
Adalimumab	möglich, Pausieren im 3. Trimester empfohlen	vermutlich möglich, Daten begrenzt
Vedolizumab	bei begrenzter Datenlage noch nicht empfohlen, keine Indikation für Schwangerschaftsabbruch	bei begrenzter Datenlage nicht empfohlen, vermutlich möglich
Metronidazol	möglich, begrenzte Therapiedauer	möglich, können Durchfall verursachen
Ciprofloxacin	möglich, nur Reserve	möglich, können Durchfall verursachen
Probiotika	möglich	möglich
Flohsamen-schalen	möglich	möglich

Tabelle 6



„Dürfen die immun-modulierenden Medikamente Methotrexat (MTX), Tacrolimus oder Cyclosporin A vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?“

Die Anwendung anderer immunmodulierender Medikamente als Azathioprin und 6-Mercaptopurin muss im Einzelfall streng geprüft werden.

Methotrexat sollte auf keinen Fall bei akut bestehendem Kinderwunsch eingesetzt werden und ist kontraindiziert bei geplanter Schwangerschaft. Aufgrund von tierexperimentellen Daten ist mit einer Schädigung des Erbguts, einem erhöhten Auftreten von Fehlbildungen sowie Schwangerschaftskomplikationen (Fehlgeburten, Frühgeburten) zu rechnen. Methotrexat wird in höheren Dosierungen sogar zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen eingesetzt. Aus diesem Grund empfehlen wir sowohl Männern als auch Frauen, 3–6 Monate vor einer geplanten Zeugung eine Therapie mit Methotrexat zu beenden. Sollte eine Therapie mit Methotrexat unbedingt notwendig sein, sollte eine sichere Verhütung erfolgen.

Hinsichtlich der Anwendung von Cyclosporin A und Tacrolimus existiert eine Reihe von Fallberichten bei Patienten nach Organtransplantation und auch chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die komplikationslose Schwangerschaften und kein vermehrtes Auftreten von Fehlbildungen während der Einnahme dieser Medikamente belegen. Die existierenden Daten reichen aber bei Weitem nicht aus, um die Einnahme bzw. Fortsetzung dieser Medikamente während einer Schwangerschaft allgemein zu empfehlen. Dies bedarf einer ausführlichen Besprechung mit beiden Eltern unter Berücksichtigung des bisherigen Erkrankungsverlaufs und der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse durch einen erfahrenen Spezialisten. Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands besteht jedoch keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch, falls es unter einer Therapie mit Cyclosporin A oder Tacrolimus zu einer ungeplanten Schwangerschaft kommt.

**„Dürfen Infliximab,
Adalimumab oder
andere TNF- α -Hemmer
vor oder während
einer Schwangerschaft
eingenommen werden?“**

Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands erscheint die Einnahme von Infliximab und Adalimumab nicht mit einem vermehrten Auftreten von Fehlbildungen oder einer Zunahme von Schwangerschaftskomplikationen vergesellschaftet zu sein. Tierexperimentelle Daten zeigen keine negative Beeinflussung des Schwangerschaftsverlaufs oder eine Zunahme von Fehlbildungen. Mittlerweile sind mehrere 100 Schwangerschaften unter der Einnahme von Infliximab und Adalimumab bei Patientinnen mit rheumatologischen Erkrankungen und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen beschrieben worden. Statistisch gesehen zeigen die vorliegenden Daten keine Zunahme von Schwangerschaftskomplikationen oder Fehlbildungen, wenn vor oder während einer Schwangerschaft eine Therapie mit Infliximab oder Adalimumab bei der Frau oder dem Mann durchgeführt worden ist. In einer neueren Untersuchung wurde sogar bei geplanter Schwangerschaft eine Therapie mit Infliximab während der kompletten Schwangerschaft unverändert fortgesetzt, ohne dass negative Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf oder ein vermehrtes Auftreten von Fehlbildungen beobachtet worden sind.

Ähnliche Aussagen können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht für den neueren TNF- α -Hemmer Golimumab getroffen werden, da bisher deutlich weniger Patienten mit diesen Wirkstoffen behandelt worden sind und noch keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen. Die experimentellen Daten deuten aber ebenfalls auf kein erhöhtes Risiko hin.

Für einen der TNF- α -Hemmer (Certolizumab) existieren experimentelle Daten, die nur einen geringen Transfer in den kindlichen Organismus zeigen, sodass hier vermutlich ein sicherheitsbegünstigender Aspekt vorliegt. Certolizumab ist aber derzeit nur in der Schweiz und den USA zur Therapie des Morbus Crohn zugelassen. In Deutschland kann es derzeit nur zur Therapie von rheumatologischen Erkrankungen verordnet werden.

Für alle derzeit verfügbaren TNF- α -Hemmer besteht aus meiner Sicht kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch, wenn es zu einer ungewollten Schwangerschaft kommen sollte.



**„Darf der Adhäsions-
molekülhemmer
Vedolizumab vor
oder während einer
Schwangerschaft
eingenommen
werden?“**

Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands erscheint die Einnahme von Vedolizumab zwar derzeit nicht mit einem vermehrten Auftreten von Fehlbildungen oder einer Zunahme von Schwangerschaftskomplikationen vergesellschaftet zu sein, da tierexperimentelle Daten keine negative Beeinflussung des Schwangerschaftsverlaufs oder eine Zunahme von Fehlbildungen zeigen. Da dieses Medikament aber erst im Jahr 2014 für die Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen zugelassen wurde, existieren keine Daten für den Menschen, die eine hinreichende Beurteilung über die Auswirkungen dieses Medikaments auf den Verlauf einer Schwangerschaft ermöglichen.

Aus meiner Sicht besteht derzeit zunächst kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch, wenn es unter Vedolizumab zu einer ungewollten Schwangerschaft kommen sollte.

„Ist eine Cortison-therapie zum Ende einer Schwangerschaft und während der Stillzeit möglich?“

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die üblicherweise zur Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen verwendeten Dosierungen von Cortisonpräparaten (z. B. Prednisolon, Prednisolon, Hydrocortison, Budesonid) eingenommen werden können, ohne dass ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten oder kindliche Fehlbildungen besteht. Bei einer sehr hohen Cortisondosierung in der Endphase der Schwangerschaft kann es zu einer verringerten Cortisonbildung in der Nebenniere des Neugeborenen kommen, die sich in erniedrigten Cortisonspiegeln des Neugeborenen nach der Geburt mit Apathie und mangelnder Aktivität äußert. Daher sollte eine engmaschige Kontrolle des Neugeborenen durch einen Kinderarzt erfolgen, wenn in der Endphase der Schwangerschaft hohe Cortisondosierungen eingenommen wurden. Durch eine vorübergehende Cortisonsatztherapie beim Kind kann die Zeit überbrückt werden, bis die kindliche Nebenniere in der Lage ist, selbstständig ausreichend Cortison zu produzieren. Da Cortison auch über die Muttermilch in den kindlichen Organismus gelangen kann, ist grundsätzlich auch eine Unterdrückung der Cortisonbildung in der kindlichen Nebenniere durch die über die Muttermilch bedingte Cortisonaufnahme des Kindes denkbar, sodass auch in diesem Fall eine engmaschige Kontrolle durch einen Kinderarzt erfolgen sollte. In beiden Fällen ist jedoch nicht mit dauerhaften Schädigungen des kindlichen Organismus zu rechnen; nach Beendigung der Cortisontherapie kommt es zu einer Normalisierung der Nebennierenfunktion mit ausreichender eigener Cortisonbildung des Kindes.

**„Ist das Absetzen
einer 5-ASA-Therapie
vor der Entbindung
erforderlich?“**

Im Gegensatz zur Acetylsalicylsäure hat 5-Aminosalicylsäure (5-ASA, Mesalazin) in therapeutischen Dosierungen keinen Einfluss auf die Blutgerinnung bzw. hemmt nicht die Aggregation von Blutplättchen (Thrombozyten), die das Stoppen von Blutungen bewirken.

Eine Unterbrechung der 5-ASA-Therapie vor der Entbindung ist daher im Allgemeinen nicht erforderlich, zumal die Blutspiegel von 5-ASA sehr niedrig sind.



**„Kann die Einnahme
der Antibabypille eine
chronisch entzündliche
Darmerkrankung
auslösen?“**

In der Vergangenheit wurde von verschiedenen Untersuchern gezeigt, dass Frauen, die die Antibabypille einnehmen, etwas häufiger an einem Morbus Crohn erkranken und etwas häufiger akute Schübe des Morbus Crohn erleiden. Diese Ergebnisse konnten jedoch von anderen Untersuchern nicht bestätigt werden. Ungünstige Effekte der Antibabypille bei Frauen mit Colitis ulcerosa sind nicht bekannt.

Grundsätzlich kann aus unserer eigenen Praxis festgehalten werden, dass das Risiko einer Verschlechterung bzw. Auslösung eines akuten Schubs einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung durch die Antibabypille eher als gering einzuschätzen ist, sodass aus unserer Sicht im Allgemeinen keine Vorbehalte gegen die Einnahme der Antibabypille bei Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bestehen.

Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Sicherheit der Antibabypille aufgrund einer gestörten Aufnahme im Darm bei ausgeprägten Durchfällen im Einzelfall vermindert sein kann. Eine Verringerung des Konzeptionsschutzes (Empfängnisverhütung) ist insbesondere bei Antibabypillen mit geringerem Hormonanteil (Mikropille) zu befürchten. Hier ist eine Beratung durch die betreuenden Gynäkologen sinnvoll und notwendig.

„Gibt es medizinische Gründe, die einen Schwangerschaftsabbruch bei einer Patientin mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung erfordern?“

Ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung ist sehr selten oder möglicherweise nie notwendig. Statt dessen sollte eine ausreichende Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankung und eine ausführliche Betreuung durch die behandelnden Ärzte erfolgen.



**„Welche diagnostischen
Untersuchungen
können während
einer Schwangerschaft
durchgeführt werden?“**

Ultraschalluntersuchungen des Bauchs und des Darms können ohne Gefährdung für Mutter und Kind durchgeführt werden und wichtige Hinweise über die Erkrankungsaktivität und -ausbreitung liefern. Bei entsprechend erfahrenen Untersuchern besteht auch für eine Magenspiegelung oder Darmspiegelung (Rektoskopie, Sigmoidoskopie und sogar Ileokoloskopie) kein erhöhtes Risiko und auch kein vermehrtes Auftreten von Frühgeburten. Die Darmreinigung sollte bei Notwendigkeit mit Reinigungslösungen vom Polyethylenglycol-Typ erfolgen. Bei Sigmoidoskopien reicht in der Regel ein Einlauf. Auch eine Sedierung mit Propofol ist ohne erhöhtes Risiko möglich.

Invasive Untersuchungen sollten aber nur durchgeführt werden, wenn sie zur Festlegung des Behandlungskonzepts absolut notwendig sind. Kernspintomografien, die vermutlich ebenfalls unschädlich sind, können im Einzelfall gelegentlich auch nützlich sein. Hier sollte auf die Gabe von Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln nach Möglichkeit verzichtet werden. Diagnostische Röntgenuntersuchungen sollten wenn möglich nach der Entbindung durchgeführt werden und Notfallsituationen vorbehalten bleiben.

Der Einsatz der Kapsel- oder Doppelballonendoskopie wird in der Regel während einer Schwangerschaft nicht notwendig sein. Insbesondere die Doppelballonendoskopie sollte aufgrund des sehr invasiven Charakters und eines erhöhten Risikos von vorzeitiger Wehentätigkeit nicht eingesetzt werden.

**„Gibt es Besonderheiten
hinsichtlich der Geburt
zu beachten?“**

Im Allgemeinen wird auch bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine vaginale Geburt bevorzugt. Auch bei einem künstlichen Darmausgang oder einer ileoanalen Pouchanastomose ist eine vaginale Entbindung möglich, gelegentlich kann es durch den erhöhten Druck im Rahmen der Presswehen zu einem Vorfall des Darmausgangs oder Pouchproblemen kommen. Daher bevorzugen manche Gynäkologen die Entbindung durch einen Kaiserschnitt. Die Art der Entbindung bei künstlichem Darmausgang sollte daher in enger Abstimmung mit dem betreuenden Gynäkologen erfolgen.

Eine Abweichung von der bevorzugten vaginalen Entbindung besteht häufiger bei einem ausgeprägten Fistelleiden im Perianalbereich und im Becken, wo häufiger die Entbindung mittels Kaiserschnitt bevorzugt wird und sinnvoller erscheint. Dies sollte jedoch ebenso in enger Abstimmung zwischen der Schwangeren und dem betreuenden Gynäkologen erfolgen.

Inwieweit ein Dammschnitt ein höheres Risiko für die Entwicklung eines perianalen Fistelleidens darstellt, ist umstritten. Die meisten zu diesem Thema publizierten Berichte sehen kein signifikant erhöhtes Risiko für eine gehäufte Entwicklung perianaler Fisteln nach einem Dammschnitt.

**„Ist eine spezielle Diät in
der Schwangerschaft bei
chronisch entzündlichen
Darmerkrankungen
sinnvoll?“**

Grundsätzlich ist keine besondere Diät für Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen notwendig. Es sollen aber selbstverständlich die üblichen Empfehlungen einer ausgewogenen Ernährung unter ausreichender Zufuhr von Mineralien und Vitaminen in der Schwangerschaft berücksichtigt werden. Häufig kommt es z. B. zu einer Entwicklung eines Eisenmangels, der durch Eisengabe in Form von Tabletten oder Tropfen oder bei ausgeprägten Fällen nach sorgfältiger Indikationsstellung durch intravenöse Eisengaben ausgeglichen werden sollte, da ein Eisenmangel oder die daraus resultierende Blutarmut den Verlauf einer Schwangerschaft sehr ungünstig beeinflussen kann. Spezielle diätetische Empfehlungen müssen jedoch berücksichtigt werden, wenn im Rahmen der Grunderkrankung oder einer Begleiterkrankung eine Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz), ein Gallensäureverlustsyndrom oder z. B. Verengungen des Magen-Darm-Trakts (Stenosen) bestehen. Bei einer Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz) ist eine Laktose-freie oder Laktose-reduzierte Ernährungsform sinnvoll. Da es dann in der Regel zu einer verminderten Calciumzufuhr kommt, sollte Calcium zusätzlich in Form von Brause- oder Kautabletten ergänzt werden. Bei einem vorbestehenden Gallensäureverlustsyndrom werden häufiger günstige Effekte durch eine sogenannte MCT-Kost (mittelkettige Triglyzeride) beobachtet. Patientinnen mit vorbeschriebenen Verengungen (Stenosen) im Magen-Darm-Trakt profitieren häufig von einer ballaststoffarmen Ernährung, die dann auch während einer Schwangerschaft fortgesetzt werden sollte.

**„Wie hoch ist das Risiko
für die Kinder eine
chronisch entzündliche
Darmerkrankung zu
bekommen, wenn die
Eltern an einem Morbus
Crohn oder einer Colitis
ulcerosa erkrankt sind?“**

Das Risiko für Kinder von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen an einem Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa zu erkranken ist relativ gering. Es handelt sich bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen nicht um Erbkrankheiten im engeren Sinne. Vererbt wird aber eine genetische Anlage, unter bestimmten Umständen diese Erkrankungen zu entwickeln. Gelegentlich wird eine familiäre Häufung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen beobachtet.

Das individuelle Risiko an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu erkranken, wenn andere Familienmitglieder betroffen sind, kann nicht genau vorhergesagt und nur aufgrund empirischer Untersuchungen abgeschätzt werden. Danach schwankt das relative Risiko an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu erkranken zwischen 0 und 36%, je nach Verwandtschaftsgrad zu einem bereits Erkrankten (Tabelle 7).

Geschätztes relatives Risiko an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu erkranken

Risiko für die Kinder bei einem erkrankten Elternteil	1–7%
Risiko für die Kinder, wenn beide Eltern erkrankt sind	bis 36%
Risiko für weitere Geschwister bei einem erkrankten Kind	2–6%
Risiko für die Eltern bei einem erkrankten Kind	1–5%

Tabelle 7

Aufgrund des insgesamt gering erhöhten Risikos für Kinder von Eltern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, ebenfalls eine chronisch entzündliche Darmerkrankung zu bekommen, besteht kein Grund zur Kinderlosigkeit, da frühzeitig diagnostizierte chronisch entzündliche Darmerkrankungen durch die verbesserten medizinischen Möglichkeiten heute im Allgemeinen relativ gut behandelbar sind und die Lebenserwartung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sich nicht signifikant von der Lebenserwartung Gesunder unterscheidet.



**„Dürfen Frauen mit
chronisch entzündlichen
Darmerkrankungen
stillen?“**

Während der Einnahme von Cortison- und 5-ASA-Präparaten können Kinder gestillt werden, da nur vernachlässigbare Mengen über die Muttermilch in den kindlichen Organismus gelangen und keine negativen Auswirkungen für den Säugling bekannt sind. Systemische Cortisonpräparate sollten wie auch bei Nicht-Schwangeren entsprechend des klinischen Verlaufs so schnell wie möglich reduziert werden. Ist eine hoch dosierte Cortisontherapie notwendig geworden, sollte eine regelmäßige kinderärztliche Kontrolle des Säuglings erfolgen. Kommt es z. B. zum Abstillen während einer hoch dosierten Cortisontherapie der Mutter, besteht das Risiko einer vorübergehenden Nebennierenschwäche des Säuglings, sodass dieser unter kinderärztlicher Kontrolle möglicherweise vorübergehend mit Cortison behandelt werden müsste.

Auch die Einnahme von immunmodulierenden Medikamenten, wie z. B. Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Cyclosporin, Tacrolimus, Adalimumab oder Infliximab, kann bei klinischer Notwendigkeit und Wunsch zu Stillen erwogen werden. Insgesamt zeigen die verfügbaren kurzfristigen Nachbeobachtungsdaten kein erhöhtes Risiko für das neugeborene Kind an. Da die Spätfolgen und die möglichen negativen Einflüsse für das Neugeborene jedoch langfristig nicht sicher abgeschätzt werden können, sollte die Indikation aber zumindest kritisch überdacht und besprochen werden. Durch die mangelnde Entgiftungskapazität der noch unreifen kindlichen Leber kann insbesondere bei Frühgeborenen mit fehlendem Reifezustand nicht vorhergesagt werden, wie viel der oben genannten Medikamente im kindlichen Organismus verbleibt. Daher können akute und Langzeitnebenwirkungen derzeit insbesondere in dieser Situation nicht sicher ausgeschlossen werden. Insgesamt wird aber allgemein davon ausgegangen, dass die mütterliche Einnahme der Medikamente Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Infliximab und Adalimumab auch ohne Gefahr für das Kind möglich ist. Unter der Einnahme von Methotrexat (MTX) sollte hingegen nicht gestillt werden, da mit erheblichen negativen Auswirkungen für das Kind gerechnet werden muss.

Literatur + Beratungsstellen

Ausgewählte Literatur und Beratungsstellen zum Thema Schwangerschaft und Stillzeit bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Schaefer, Spielmann, Vetter: Arzneiverordnungen in der Schwangerschaft und Stillzeit. 8. Auflage 2012

van der Woude CJ, Ardizzone S, Bengtson MB, et al.
The Second European Evidenced-Based Consensus
on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory
Bowel Disease. https://www.ecco-ibd.eu/images/6_Publication/6_3_ECCO%20Guidelines/FINAL_MASTER_JCC_Online_PulishedVersion_Pregnancy-Guidelines_2015_Doi101093_jju006.pdf

Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer

Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen

www.perinatology.com

www.safefetus.com

www.uni-frauenklinik-tuebingen.de
(Universitätsfrauenklinik Tübingen)

www.med.uni-jena.de
(Klinik für Frauenheilkunde; Universität Jena)

www.embryotox.de
(Beratungsstelle Embryonaltoxikologie
des Landes Berlin)

www.reprotox.de
(Institut für Reproduktionstoxikologie;
Universität Ulm)

wp-entis.rhcloud.com
(European Network of Teratology Information Services)

Als weitere Patientenbroschüren zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind kostenlos erhältlich:

- Colitis ulcerosa und Morbus Crohn
Eine Übersicht über die Krankheitsbilder und ihre Behandlung (S80) *71 Seiten*
- Patientenfragen zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (S81) *65 Seiten*
- Ernährung bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
Wichtige Fragen – Richtigte Antworten (S84) *68 Seiten*
- Begleiterkrankungen bei Morbus Crohn (S85) *44 Seiten*
- Medizinisches Stichwortverzeichnis zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (S86) *58 Seiten*
- Immunsuppressive und immunmodulatorische Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (AZ80) *27 Seiten*
- Kortikosteroid-Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Bu80) *32 Seiten*
- Zink – Ein lebenswichtiges Spurenelement (Z80) *34 Seiten*

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an:

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

Fax: 0761/1514-321

E-Mail: literaturservice@falkfoundation.de

www.falkfoundation.de

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

S82 10-6/2015 POP