

# Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Schwangerschaft



Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Axel Dignass  
Medizinische Klinik mit  
Schwerpunkt Hepatologie  
und Gastroenterologie

Universitätsklinikum Charité –  
Campus Virchow-Klinikum (CVK)  
Medizinische Fakultät der  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Augustenburger Platz 1  
D-13353 Berlin

Tel.: 0 30/4 50-55 30 63  
Fax: 0 30/4 50-55 39 29  
e-mail: axel.dignass@charite.de

In Zusammenarbeit mit



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

Herausgeber

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5  
Postfach 6529  
79041 Freiburg  
Germany

Fax: 07 61/1514-321  
e-mail: literaturservice@falkfoundation.de

[www.falkfoundation.de](http://www.falkfoundation.de)

© 2005 Falk Foundation e.V.  
Alle Rechte vorbehalten.

3. Auflage 2005

# Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Schwangerschaft

	Seite
Einleitung	4
<i>Können Frauen und Männer mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Kinder bekommen?</i>	6
<i>Ist die Fruchtbarkeit beziehungsweise Zeugungsfähigkeit bei Frauen und Männern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vermindert?</i>	8
<i>Wird 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>	28

<i>Kann die Einnahme der Antibabypille eine chronisch entzündliche Darmerkrankung auslösen?</i>	32
<i>Dürfen die immunmodulierenden Medikamente Azathioprin oder 6-Mercaptopurin vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?</i>	34
<i>Ist eine Cortisontherapie zum Ende einer Schwangerschaft und während der Stillzeit möglich?</i>	36
<i>Ist das Absetzen einer 5-ASA-Therapie vor der Entbindung erforderlich?</i>	38
<i>Gibt es medizinische Gründe, die einen Schwangerschaftsabbruch bei einer Patientin mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung erfordern?</i>	40
<i>Welche diagnostischen Untersuchungen können während einer Schwangerschaft durchgeführt werden?</i>	42
<i>Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Geburt zu beachten?</i>	44
<i>Ist eine spezielle Diät in der Schwangerschaft bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sinnvoll?</i>	46
<i>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?</i>	48
<i>Dürfen Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stillen?</i>	50

*Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) 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-Traktes (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 Erkrankungsschubes?*

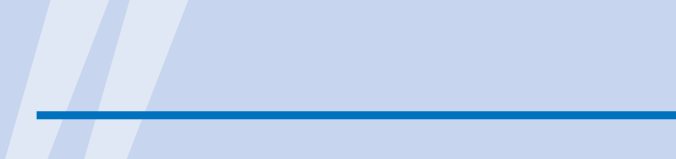
*Vielfach besteht aber auch Unklarheit darüber, ob die Zeugungsfähigkeit durch eine chronisch entzündliche Erkrankung herabgesetzt sein kann und ob somit überhaupt eine Schwangerschaft möglich ist. Da eine erbliche Veranlagung bei der Auslösung und Entwicklung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen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

*Eine ausführliche Beratung der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen vor, während und*

*nach einer Schwangerschaft 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 allgemein gültige Antwort auf alle Fragen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen verstanden werden darf und dass diese Broschüre insbesondere nicht geeignet ist, das vertrauensvolle persönliche Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu ersetzen, da bei jeder Schwangerschaft und bei jedem Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung eine individuelle besondere Situation bestehen kann, die durch eine Broschüre nicht erfasst werden kann.*

*PD Dr. med. Axel Dignass*



**Können Frauen und Männer  
mit chronisch entzündlichen  
Darmerkrankungen  
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 unbeeinträchtigt ist und sich der Schwangerschaftsverlauf nicht wesentlich von dem bei völlig gesunden 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 ein vertrauensvolles Gespräch mit den behandelnden Ärzten gesucht werden.



**Ist die Fruchtbarkeit beziehungs-  
weise 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. Eine Ausnahme stellt eine vorübergehend verminderte Fruchtbarkeit nach ausgedehnten Operationen dar, wie zum Beispiel nach einer ausgedehnten oder sogar totalen Entfernung des Dickdarmes (Kolektomie), nach Schaffung eines Dünndarmreservoirs und Wiederanschluss des Dünndarmes an den Enddarm (ileoanale Pouchanlage) oder künstlichem Darmausgang (Ileostoma-Anlage). Die dann beobachtete Verminderung der Fruchtbarkeit ist in den meisten Fällen zeitlich begrenzt und kehrt im Verlauf von Wochen bis Monaten wieder zurück, 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 größeren 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 möglichst positiven Verlauf einer eingetre-

---

tenen Schwangerschaft zu ermöglichen und eine nicht wünschenswerte zusätzliche Belastung für die erkrankte 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 ileo-analen Pouchoperationen werden derartige Störungen gelegentlich gesehen, sind aber insgesamt sehr 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 zwei Monate nach Absetzen des Medikamentes oder Wechsel auf reine Mesalazin bzw. 5-Aminosalicylsäure (5-ASA)-Präparate zurückbildet.

Die Ursache für diese vorübergehende Zeugungsunfähigkeit 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.

Wird 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 und 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 kann und zu einer deutlichen Zunahme von Schwangerschaftskomplikationen führen (Tabelle 1).

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)*

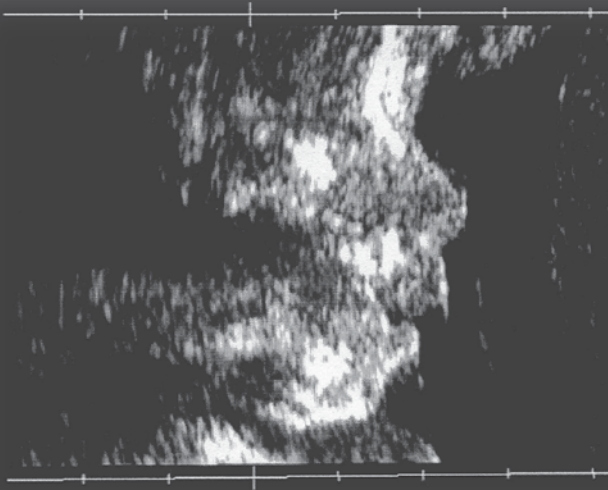
	Normal	Fehlbildungen	Frühgeburten	Fehlgeburten
Allgemeinbevölkerung	83	2	6	9
Morbus Crohn in Remission	82	1	7	10
Morbus Crohn im Schub	54	1	25	20
Colitis ulcerosa in Remission	84	1	6	9
Colitis ulcerosa im Schub	65	2	12	21

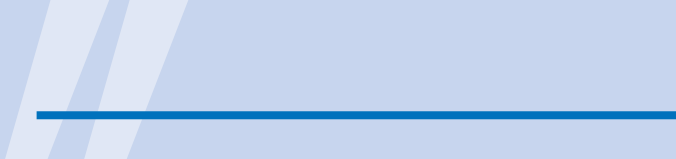
Da bei einer Empfängnis in einer Remissionsphase bzw. in einer Phase niedriger Erkrankungsaktivität eine Schwangerschaft in der Regel ungestört verläuft und kein erhöhtes Risiko für Komplikationen aufweist, sollten Schwangerschaften möglichst in Remissionsphasen oder Phasen geringer Erkrankungsaktivität 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 zum Beispiel Operationen in der nächsten Zeit notwendig erscheinen (z.B. narbige Stenosen), sollten diese vor einer geplanten Schwangerschaft erfolgen.



---

Gesichtsprofil eines  
gesunden Mädchens in der  
25. Schwangerschaftswoche  
im Ultraschallbild





**Welche Untersuchungen  
sollten vor einer geplanten  
Schwangerschaft  
erfolgen?**

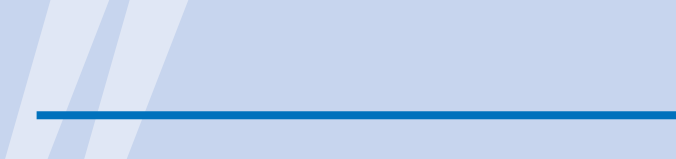


---

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

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

In Einzelfällen können auch weiterführende Untersuchungen wie zum Beispiel Spiegelungen und Röntgenuntersuchungen des Dünndarmes oder eine entzündungshemmende Therapie und eine zusätzliche Gabe von Vitaminen und Mineralien (z.B. Vitamin B<sub>12</sub>, Folsäure, Eisen) erforderlich werden. Insbesondere die Einnahme von Folsäure kann sinnvoll sein, da hierdurch die Zahl der selten auftretenden Neuralrohrdefekte während der kindlichen Entwicklung vermindert werden kann. Möglicherweise ist die Resorption und der Stoffwechsel der Folsäure unter einer Sulfasalazin/Sulfapyridin-Therapie zusätzlich vermindert.



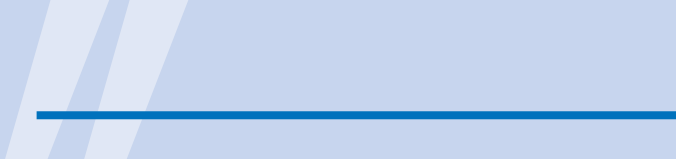
*Beeinflusst eine Darmoperation  
aufgrund der  
chronisch entzündlichen  
Darmerkrankung den Verlauf  
einer Schwangerschaft?*



---

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

Nach einer ausgedehnten Kolektomie sollte in der Regel vor einer geplanten Schwangerschaft ein Jahr abgewartet werden, unabhängig ob ein künstlicher Darmausgang angelegt werden muss oder eine kontinenserhaltende 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 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 vermutlich eher selten auf. Andererseits sind selbst nach ausgedehnten Operationen zum Beispiel totaler Kolektomie bei medikamentös nicht behandelbarer Colitis ulcerosa 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 Erkrankungsverlaufes der chronisch entzündlichen Darmerkrankung beobachtet werden kann (Tabellen 2 + 3). Erfolgt eine

Tabelle 2

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

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

Tabelle 3

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

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

---

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  $\frac{1}{3}$  der Fälle auch während der Schwangerschaft bestehen (Tabelle 3). Schübe der entzündlichen Darmerkrankung treten gehäuft im ersten Drittel der Schwangerschaft und im Wochenbett auf.

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).

Tabelle 4

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

Erhaltung der Remission:	~70 %
Eintreten eines Schubes:	~30 %
• Im 1. Drittel	~20 %
• Im 2. Drittel	~7 %
• Im 3. Drittel	<1 %
• Im Wochenbett	~3 %



---

Dies entspricht dem normalen Verlauf der Erkrankung ohne begleitende Schwangerschaft. Schübe treten gehäuft in den ersten sechs 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).

Tabelle 5

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

Erreichen einer Remission	19 %
Verbessert	18 %
Gleich bleibende Erkrankungsaktivität	32 %
Verschlechterung	31 %

Durch eine medikamentöse Therapie kann der Verlauf der chronisch entzündlichen Darmerkrankung auch während einer Schwangerschaft in der Regel günstig beeinflusst werden, so dass eine Remission oder geringe Entzündungsaktivität erreicht werden kann, 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 passiert.

Können chronisch entzündliche  
Darmerkrankungen auch  
erstmals während einer  
Schwangerschaft  
auftreten?

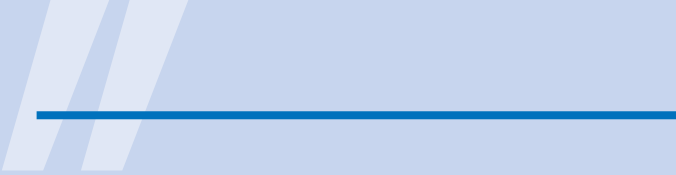


---

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.

Problematisch sind mitunter die Furcht vor diagnostischen Untersuchungen wie Spiegelungen oder Röntgenuntersuchungen (siehe auch Seite 42).





***Ist eine medikamentöse  
Therapie chronisch entzünd-  
licher 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 Gefahren 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

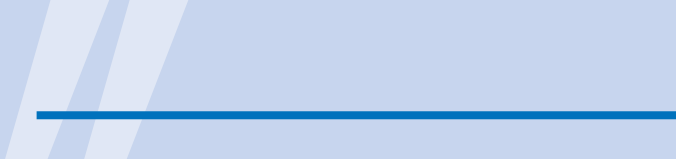
---

Einnahme in der Schwangerschaft abgeraten wird und dass eine Einnahme nur nach strenger Indikationsstellung erfolgen sollte. Diese Indikationsstellung kann nur für die individuelle Patientin 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 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 Verwendung 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.



*Sind durch die übliche  
medikamentöse Therapie der  
chronisch entzündlichen Darm-  
erkrankungen Gefahren für  
das Kind zu erwarten?*



Leider kann auf diese Frage keine allgemein gültige Antwort gegeben werden und im Einzelfall sollte eine Beratung mit den betreuenden Gynäkologen und Internisten/Gastroenterologen erfolgen. Die Einnahme der bekannten und zur Therapie der chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen verwendeten Cortisonpräparate (z.B. Prednison, Prednisolon, Hydrocortison) 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 drei Schwangerschaftsmonaten hingewiesen. Patientinnen, die zur Remissionserhaltung eine Therapie mit 5-ASA-Präparaten oder Cortisonpräparaten (Corticosteroiden) 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.

Auch die väterliche medikamentöse Therapie mit den üblichen reinen 5-ASA-Präparaten oder Cortisonpräparaten (Corticosteroiden) hat nach den heutigen Erkenntnissen keine negativen Auswirkungen auf den Verlauf einer Schwangerschaft. Lediglich die oben beschriebene 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.

Zur Therapie mit Budesonid können derzeit keine allgemein gültigen Empfehlungen gegeben wer-

---

den, da keine umfangreichen klinischen Erfahrungen vorliegen. Eigene, aber noch begrenzte Erfahrungen haben keine Hinweise für eine Gefährdung der Mutter oder das Kind ergeben, eine ausführliche Beratung der Schwangeren sollte aber vor einer eventuellen Therapie mit Budesonid erfolgen.

Der Einsatz anderer Medikamente wie zum Beispiel Antibiotika oder immunmodulierender Medikamente wie Azathioprin oder 6-Mercaptopurin bedarf einer strengen Überprüfung und sollte nur nach ausführlicher Beratung durch einen versierten und erfahrenen Spezialisten erfolgen (siehe auch Seite 34 dieser Broschüre).

Die Anwendung anderer immunmodulierender Medikamente [z.B. Methotrexat (MTX), Cyclosporin, Tacrolimus und Mycophenolat-Mofetil] muss im Einzelfall streng geprüft werden. Generell sollten diese Medikamente nicht in der Schwangerschaft eingesetzt werden, da ein negativer Einfluss auf den Verlauf einer Schwangerschaft aufgrund tierexperimenteller Daten möglich scheint. Dies gilt insbesondere für Methotrexat, das in höheren Dosierungen mitunter zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen eingesetzt wird. Hinsichtlich der Anwendung von Cyclosporin und Tacrolimus sind mehrere Fälle sowohl bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, aber insbesondere auch bei Patienten mit Organtransplantation beschrieben, wo trotz Einsatz dieser Medikamente komplikationslose Schwangerschaften beobachtet werden konnten. Somit besteht aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes keine allgemeine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch,



---

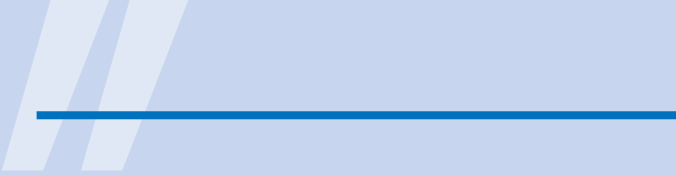
falls es zu einer ungeplanten Schwangerschaft unter einer Therapie mit Cyclosporin oder Tacrolimus kommt.

Zum Einsatz von Infliximab während einer Schwangerschaft liegen noch keine aussagekräftigen Daten vor, so dass eine Einnahme in der Schwangerschaft nicht empfohlen werden kann und nach einer Infliximab-Behandlung in der Regel dreimonatige antikonzeptive Maßnahmen ähnlich wie für Azathioprin empfohlen werden. Auch unter einer Infliximab-Behandlung sind bereits zahlreiche gesunde Kinder geboren worden, so dass aus derzeitiger Sicht keine sichere Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch existiert.

Die Anwendung der Antibiotika Metronidazol oder Ciprofloxacin in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikation und ist als langfristige Therapie in der Regel kontraindiziert. Da es sich hierbei um Reservemedikamente mit in der Regel geringerer Wirksamkeit als die Standardtherapie mit Steroiden oder 5-ASA-enthaltenden oder -abspaltenden Präparaten handelt, sollte zunächst eine Therapie mit diesen Substanzen erwogen werden.

Vorsicht sollte auch bei der Anwendung von so genannten Stopfmitteln wie Loperamid oder Diphenoxylat/Atropin geübt werden, da zumindest einzelne Fallbeobachtungen ein gewisses Risiko für kindliche Fehlbildungen vermuten lassen.

Gelegentlich kann bei Durchfällen auch mit Flohsamenschalen (*Plantago ovata*) ein günstiger Effekt erzielt werden.



Kann die Einnahme  
der Antibabypille eine  
chronisch entzündliche  
Darmerkrankung  
auslösen?

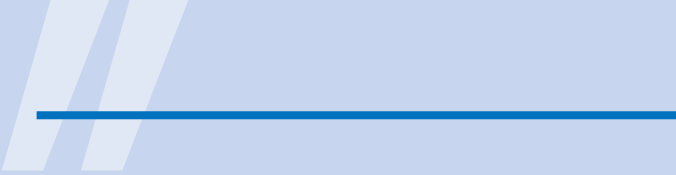


---


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 Schubes einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung durch die Antibabypille eher als gering einzuschätzen ist, so dass 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 scheint eine Beratung durch die betreuenden Gynäkologen sinnvoll und notwendig.



**Dürfen die immunmodulierenden  
Medikamente Azathioprin  
oder 6-Mercaptopurin vor oder  
während einer Schwangerschaft  
eingenommen werden?**



Die immunmodulierenden Medikamente Azathioprin oder 6-Mercaptopurin sollten nach Möglichkeit drei Monate vor einer geplanten Konzeption beendet werden, da die Datenlage insgesamt noch zu unsicher ist. Sollte eine Schwangerschaft unter Azathioprin eintreten, besteht keine generelle Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch, da zumindest für den Menschen keine gesicherte Zunahme von Fehlbildungen oder Totgeburten belegt ist.

Neuere Daten insbesondere aus der Transplantationsmedizin und Rheumatologie legen nahe, dass auch unter Azathioprin/6-Mercaptopurin in der Regel eine komplikationslose Schwangerschaft möglich ist.

---

Die Entscheidung, ob Azathioprin bei eingetretener Schwangerschaft beendet werden sollte oder ob eine Zeugung unter einer laufenden Azathioprin-Therapie möglich ist, 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 zwischen den Eltern, betreuenden Frauen- und Hausärzten sowie gastroenterologisch versierten Spezialisten erfolgen.

Umstritten ist die väterliche Einnahme von Azathioprin/6-Mercaptopurin vor einer geplanten Schwangerschaft. Während viele Ärzte und Wissenschaftler kein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen sehen, berichtete kürzlich ein amerikanisches Ärzteteam über eine erhöhte Zahl von Fehlgeburten und Fehlbildungen, wenn in den letzten drei Monaten vor der Zeugung diese Medikamente vom Mann eingenommen wurden. Bis zur endgültigen Klärung sollte daher die Einnahme von Azathioprin bei Männern drei Monate vor einer geplanten Schwangerschaft beendet werden. Dies ist dadurch begründet, dass Azathioprin eventuell zu Erbgut-Änderungen in den Samenzellen führen kann und das Heranreifen einer neuen Spermien-Generation ca. 90 Tage benötigt.

Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse aus der Transplantationsmedizin und der Rheumatologie besteht aus unserer Sicht aber keine generelle Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch. In speziellen Situationen kann unter Umständen auch eine Fortsetzung der Azathioprin-Therapie unter sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken sinnvoll sein.

---

***Ist eine Cortisontherapie 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. Prednison, Prednisolon) 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 theoretisch 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 Cortisonersatztherapie beim Kind kann die Zeit überbrückt werden, bis die kindliche Nebenniere in der Lage ist, selbständig 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, so dass 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.

Zur Anwendung von Budesonid in der Schwangerschaft und Stillzeit können derzeit noch keine allgemeingültigen Empfehlungen gegeben werden, da die klinischen Erfahrungen während der Schwangerschaft mit diesem Medikament begrenzt sind. Theoretisch sind aufgrund des raschen Abbaus von Budesonid in der mütterlichen Leber nur geringe Blutspiegel bei der Mutter und auch eine geringe Übertragung mit der Muttermilch auf den Säugling zu erwarten. Eigene Erfahrungen mit Budesonid während der Schwangerschaft und Stillzeit sind durchaus positiv, Nebenwirkungen beim Säugling wurden von uns bisher nicht beobachtet. Die Verwendung von Budesonid-Sprays zur Asthma-Therapie während einer Schwangerschaft scheint ebenfalls nicht mit einer Zunahme von kindlichen Fehlbildungen vergesellschaftet zu sein. Aufgrund der geringen Erfahrungen sollte der Einsatz von Budesonid in der Schwangerschaft und Stillzeit nur nach ausführlicher Beratung der Schwangeren erfolgen.

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



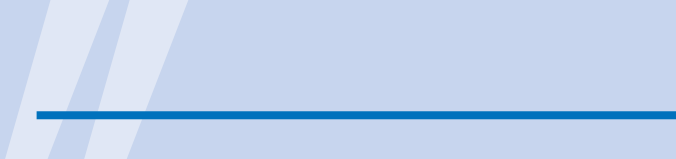


---

Im Gegensatz zu 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.





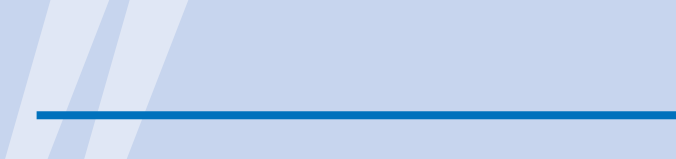
*Gibt es medizinische Gründe,  
die einen Schwangerschafts-  
abbruch bei einer Patientin mit  
chronisch entzündlicher Darm-  
erkrankung erfordern?*



---

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 Bauches und des Darmes können ohne Gefährdung 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.

Diese invasiven Untersuchungen sollten aber nur durchgeführt werden, wenn sie zur Festlegung des Behandlungskonzeptes absolut notwendig sind. Kernspintomographien, die vermutlich ebenfalls unschädlich sind, können im Einzelfall gelegentlich auch nützlich sein. Diagnostische Röntgenuntersuchungen sollten wenn möglich nach der Entbindung durchgeführt werden und Notfallsituationen vorbehalten bleiben.

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

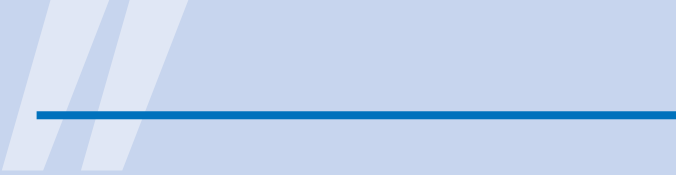


---

Im Allgemeinen wird auch bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine vaginale Geburt bevorzugt. Auch bei einem künstlichen Darmausgang ist in der Regel eine vaginale Entbindung möglich, gelegentlich kann es durch den erhöhten Druck im Rahmen der Presswehen zu einem Vorfall des Darmausganges 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 von perianalen 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.



---

**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 an 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.

---

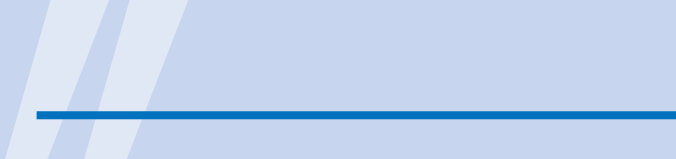
Das individuelle Risiko an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu erkranken, wenn andere Familienmitglieder betroffen sind, kann nicht genau vorhergesagt werden und nur aufgrund empirischer Untersuchungen abgeschätzt werden. Danach schwankt das relative Risiko, an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu erkranken, zwischen 0 und 36% je nach Verwandtschaftsgrad zu einem bereits Erkrankten (Tabelle 6).

Trotz des insgesamt erhöhten Risikos für Kinder von Eltern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, ebenfalls eine chronisch entzündliche Darmerkrankung zu bekommen, raten wir nicht 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.

Tabelle 6

*Geschätztes relatives Risiko, an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu erkranken*

Risiko für die Kinder bei einem erkrankten Elternteil	1 – 7 %
Risiko für die Kinder bei zwei erkrankten Eltern	bis 36 %
Risiko für weitere Geschwister bei einem erkrankten Kind	2 – 6 %
Risiko für die Eltern bei einem erkrankten Kind	1 – 5 %



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. Cortisonpräparate sollten wie auch bei Nicht-Schwangeren entsprechend des klinischen Verlaufes so schnell wie möglich reduziert werden. Ist eine hoch dosierte Cortisontherapie notwendig, sollte eine regelmäßige kinderärztliche Kontrolle des Säuglings erfolgen. Zum Einsatz von Budesonid in der Stillzeit wird auf Seite 37 der Broschüre verwiesen.

Ist eine Einnahme von immunmodulierenden Medikamenten wie zum Beispiel Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat (MTX), Cyclosporin, Tacrolimus oder Infliximab erforderlich, sollte das Neugeborene nicht gestillt werden, da die Spätfolgen und die möglichen negativen Einflüsse für das Neugeborene nicht sicher abgeschätzt werden können.





---

## **Als weitere Patientenbroschüren zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind kostenlos erhältlich:**

- Colitis ulcerosa und Morbus Crohn  
Eine Übersicht über die Krankheitsbilder und ihre Behandlung (S80) *68 Seiten*
- Patientenfragen zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (S81) *54 Seiten*  
*Aktualisierte Auflage 2005*
- Ernährung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (S84) *60 Seiten*
- Begleiterkrankungen bei Morbus Crohn (S85) *39 Seiten*
- Medizinisches Stichwortverzeichnis zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (S86) *48 Seiten*  
*Aktualisierte Auflage 2005*
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen und seelisches Erleben (S87) *52 Seiten*
- Immunsuppressive Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Az80) *22 Seiten*
- Kortikosteroid-Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Bu80) *28 Seiten*
- Zink – Ein lebenswichtiges Spurenelement (Z80) *35 Seiten*

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an:

**FALK FOUNDATION e.V.**



Leinenweberstr. 5  
Postfach 65 29  
79041 Freiburg  
Germany

Fax: 07 61/15 14-321

e-mail: [literaturservice@falkfoundation.de](mailto:literaturservice@falkfoundation.de)

[www.falkfoundation.de](http://www.falkfoundation.de)

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5  
Postfach 6529  
79041 Freiburg  
Germany