

Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Schwangerschaft



**Aktualisierte
Auflage 2008**

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Axel Dignaß
Chefarzt Medizinische Klinik I
Gastroenterologie, Hepatologie,
Stoffwechselerkrankungen und
Onkologie

Markus-Krankenhaus
Frankfurter Diakonie-Kliniken
Wilhelm-Epstein-Str. 2
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 61/1514-321
E-Mail: literaturservice@falkfoundation.de
www.falkfoundation.de

© 2008 Falk Foundation e.V.
All Rechte vorbehalten.

7. aktualisierte Auflage 2008

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>Dürfen die immunmodulierenden Medikamente Azathioprin oder 6-Mercaptopurin vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?</i>	32

<i>Dürfen die immunmodulierenden Medikamente Methotrexat (MTX), Tacrolimus oder Cyclosporin A vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?</i>	36
<i>Dürfen Infliximab oder neuere TNF-α-Hemmer vor oder während einer Schwangerschaft eingenommen werden?</i>	38
<i>Ist eine Cortisontherapie zum Ende einer Schwangerschaft und während der Stillzeit möglich?</i>	40
<i>Ist das Absetzen einer 5-ASA-Therapie vor der Entbindung erforderlich?</i>	42
<i>Kann die Einnahme der Antibabypille eine chronisch entzündliche Darmerkrankung auslösen?</i>	44
<i>Gibt es medizinische Gründe, die einen Schwangerschaftsabbruch bei einer Patientin mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung erfordern?</i>	46
<i>Welche diagnostischen Untersuchungen können während einer Schwangerschaft durchgeführt werden?</i>	48
<i>Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Geburt zu beachten?</i>	50
<i>Ist eine spezielle Diät in der Schwangerschaft bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sinnvoll?</i>	52
<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>	54
<i>Dürfen Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stillen?</i>	56

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 allgemeingültige 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.

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 Therapie zu, da einerseits Neuentwicklungen von Medikamenten 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 bei unklaren Situationen immer diese Thematik mit Ihren betreuenden Ärzten besprechen.

Prof. 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, bis auf wenige Ausnahmen, 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 möglichst frühzeitig ein vertrauensvolles Gespräch mit den behandelnden Ärzten gesucht werden.



Ist die Fruchtbarkeit beziehungsweise 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 Dickdarmes (Kolektomie) und anschließender Schaffung eines Dünndarmreservoirs (Pouch) und Wiederanschluss des Dün-

darmes an den Enddarm (ileoanale Pouchanlage) zu einer dauerhaften Verminderung der Fruchtbarkeit bei einer nicht unerheblichen Zahl von Patientinnen kommen kann. Verschiedene Untersuchungen aus Skandinavien und den USA zeigen, dass selbst 5 Jahre nach einer derartigen Operation nur etwa 40% gebärfähiger 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 an eine künstliche Befruchtung nachgedacht und kompetente fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden.

Bei weniger ausgedehnten operativen Eingriffen, z. B. Teilentfernungen des Darmes oder Anlage eines künstlichen Darmausganges (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 vorüber-

gehende 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 eingetretenen 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 ileoanalen 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 2 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 %]

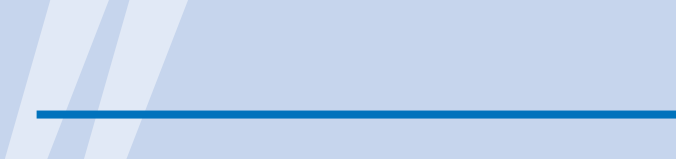
(angegeben sind mittlere Prozentzahlen aus europäischen und amerikanischen Untersuchungen)

	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





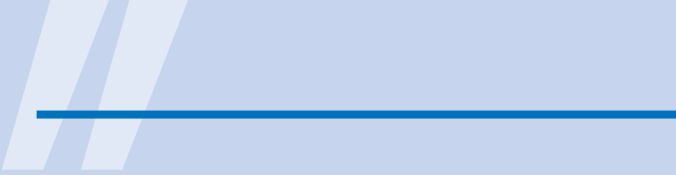
**Welche Untersuchungen
sollten vor einer geplanten
Schwangerschaft
erfolgen?**




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 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.



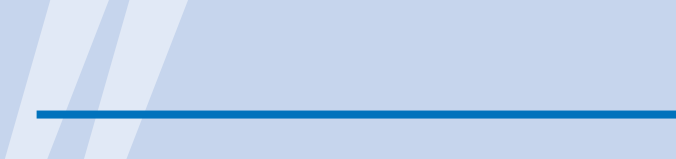
**Beeinflusst eine Darmoperation
aufgrund der
chronisch entzündlichen
Darmerkrankung den Verlauf
einer Schwangerschaft?**



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 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, sodass die Wundheilungsvorgänge abgeschlossen sind und keine wesentliche entzündliche Erkrankungsaktivität besteht.

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

Nach einer Kolektomie sollte in der Regel vor einer geplanten Schwangerschaft 6–12 Monate abgewartet werden, unabhängig, ob ein künstlicher Darmausgang angelegt werden muss oder eine kontinenzerhaltende 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, während einer Schwangerschaft aufgrund 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%
Gleichbleibende 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 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.

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%

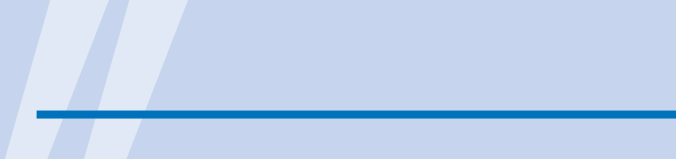
Dies entspricht dem normalen Verlauf der Erkrankung ohne begleitende Schwangerschaft. Schübe treten gehäuft in den ersten 6 Monaten der Schwangerschaft und auch im Wochenbett auf. Tritt eine Schwangerschaft in einer aktiven Krankheitsphase ein, so bleibt wie beim Morbus Crohn die Erkrankungsaktivität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

Tabelle 5

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

Erreichen einer Remission	19%
Verbessert	18%
Gleichbleibende 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, sodass 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.



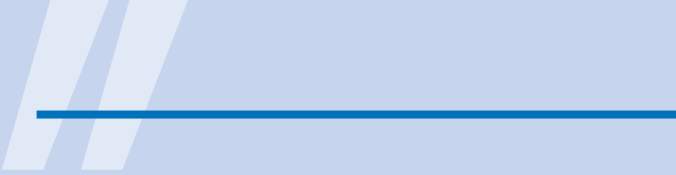
Können chronisch entzündliche
Darmerkrankungen auch
erstmals während einer
Schwangerschaft
auftreten?



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 48).





***Ist eine medikamentöse
Therapie chronisch entzünd-
licher Darmerkrankungen
in der Schwangerschaft
möglich?***



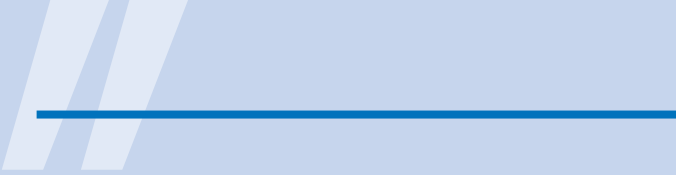
Es erscheint nur allzu selbstverständlich, dass während und auch vor einer geplanten Schwangerschaft möglichst alle Medikamente vermieden werden sollten, um das ungeborene Kind vor unnötigen Gefahren zu schützen. Die medikamentöse Therapie bei Schwangeren mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen 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 allgemeingültige 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 3 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 (Seite 11) vorübergehend eingeschränkte Zeugungsfähigkeit unter der Einnahme von Salazosulfapyridin bzw. Sulfasalazin sollte durch Umstellung auf ein reines 5-ASA- bzw. Mesalazin-Präparat bei bestehendem Kinderwunsch berücksichtigt werden.

Zur Therapie mit Budesonid können derzeit noch keine allgemeingültigen Empfehlungen gegeben

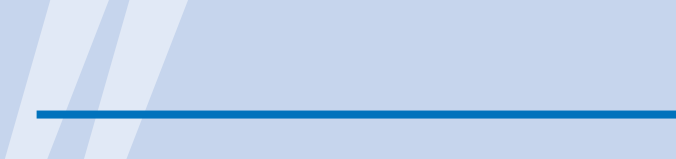
werden, da noch keine so umfangreichen klinischen Erfahrungen wie bei den klassischen Cortisonpräparaten vorliegen. Eigene Erfahrungen sowie von Kollegen haben jedoch keine Hinweise für eine Gefährdung der Mutter oder des Kindes ergeben, eine ausführliche Beratung der Schwangeren sollte aber vor und während einer eventuellen Therapie mit Budesonid erfolgen. In den letzten Jahren sind eine Vielzahl von komplikationslosen Schwangerschaften unter einer Therapie mit Budesonid in Form von Tabletten und Einläufen beobachtet worden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen gibt es keine Hinweise für eine schädliche Wirkung während der Schwangerschaft. Da aber die Erfahrungen mit den klassischen Cortisonpräparaten viel umfangreicher sind, sollte im Zweifelsfall bei Unsicherheit eher ein klassisches Cortisonpräparat eingesetzt werden. Es besteht kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch, wenn es unter einer Therapie mit Budesonid zu einer Schwangerschaft gekommen ist.

Der Einsatz anderer Medikamente wie zum Beispiel von Antibiotika, immunmodulierenden Medikamenten wie Azathioprin oder 6-Mercaptopurin, Methotrexat (MTX), Cyclosporin, Tacrolimus oder von TNF- α -Hemmern bedarf einer strengen Überprüfung und sollte nur nach ausführlicher Beratung durch einen versierten und erfahrenen Spezialisten erfolgen (siehe auch Seite 32 ff dieser Broschüre).

Die Anwendung der Antibiotika Metronidazol oder Ciprofloxacin, die insbesondere bei Fistelerkrankungen bei Morbus Crohn eingesetzt werden, bedarf in der Schwangerschaft einer stren-

gen Abwägung. Eine langfristige Therapie mit diesen Antibiotika ist in der Regel 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.

Verschiedene weitere Medikamente, die zur Symptomlinderung 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. Auch für Flohsamenschalen sind bisher keine negativen Effekte beschrieben worden, was aufgrund des pflanzlichen Charakters auch eher unwahrscheinlich ist. Auch Probiotika (z. B. *E. coli* Nissle, Laktobazillen) können nach heutiger Erkenntnis ohne Risiko für das Neugeborene eingenommen werden.



Dürfen die immunmodulierenden
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 wenigen Jahren glaubte, dass der Einsatz dieser Medikamente vor einer geplanten Schwangerschaft oder während einer Schwangerschaft mit einem höheren Risiko an Nebenwirkungen (Fehlgeburten, Fehlbildungen, Frühgeburten) verbunden ist, haben neuere Erkenntnisse und die vermehrte Anwendung von Azathioprin und 6-Mercaptopurin bei anderen Erkrankungen (z. B. Organtransplantationen, rheumatoide Arthritis) zeigen können, dass die Einnahme dieser Medikamente vor oder während einer Schwangerschaft nicht mit einem erhöhten Risiko von Komplikationen während der Schwangerschaft oder Fehlbildungen beim Neugeborenen verbunden ist. Mittlerweile sind auch eine Vielzahl von Fallberichten erschienen, die auch bei Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen kein erhöhtes Risiko durch die Einnahme von Azathioprin oder 6-Mercaptopurin zeigen. Dennoch kann naturgemäß nicht 100%ig ausgeschlossen 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. Bei genauerer Durchsicht dieser Arbeiten 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 in Europa und in den USA zu der Schlussfolgerung gekommen, dass Azathioprin und 6-Mercaptopurin bei medizinischer Notwendigkeit auch während einer 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 zwischen den Eltern, betreuenden Frauen- und Hausärzten sowie gastroenterologisch versierten Spezialisten erfolgen. Es besteht keine Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch, wenn es zu einer Schwangerschaft unter einer Therapie mit Azathioprin oder 6-Mercaptopurin 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 Azathio-

prin oder 6-Mercaptopurin nahelegen. Auch hierbei handelt es sich um sehr geringe Fallzahlen, die keine statistische Beurteilung ermöglichen. Aus Sicht der europäischen und amerikanischen Arzneimittelbehörden besteht daher derzeit keine Notwendigkeit, dass Männer vor einer geplanten Zeugung eine Therapie mit Azathioprin oder 6-Mercaptopurin beenden sollten. Sollte jedoch der Wunsch einer maximalen Sicherheit bestehen, könnte Azathioprin 3 Monate vor einer geplanten Zeugung beendet werden. In diesem Zeitraum können dann neue Spermien heranreifen, 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.

Dürfen die immunmodulierenden 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. Aufgrund von tierexperimentellen Daten ist mit

einer Schädigung des Erbgutes, 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 existieren eine Reihe von Fallberichten bei Patienten mit 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 Erkrankungsverlaufes und der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse durch einen erfahrenen Spezialisten. Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes besteht jedoch keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch, falls es zu einer ungeplanten Schwangerschaft unter einer Therapie mit Cyclosporin A oder Tacrolimus kommt.

**Dürfen Infliximab oder
neuere TNF- α -Hemmer vor
oder während einer
Schwangerschaft einge-
nommen werden?**



Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes erscheint die Einnahme von Infliximab nicht mit einem vermehrten Auftreten von Fehlbildungen oder einer Zunahme von Schwangerschaftskomplikationen vergesellschaftet zu sein. Tierexperimentelle Daten zeigen keine negative Beeinflussung des Schwangerschaftsverlaufes oder eine Zunahme von Fehlbildungen.

Mittlerweile sind mehrere 100 Schwangerschaften unter der Einnahme von Infliximab bei Patienten 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 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 die neuen TNF- α -Hemmer (Adalimumab, Certolizumab pegol) 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. Der vermehrte Einsatz dieser Medikamente in den nächsten Jahren wird hier sicherlich weitere wissenschaftliche Erkenntnisse erbringen. Für alle 3 derzeit verfügbaren TNF- α -Hemmer besteht aus meiner Sicht kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch, wenn es zu einer ungewollten Schwangerschaft kommen sollte.

***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, 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.

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 positiv, Nebenwirkungen beim Säugling wurden uns bisher nicht berichtet. 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.



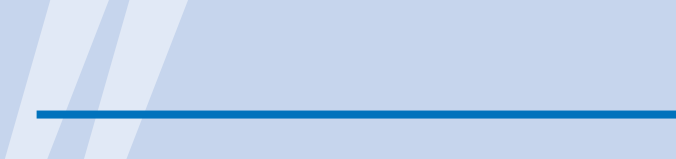
**Kann die Einnahme
der Antibabypille eine
chronisch entzündliche
Darmerkrankung
auslösen?**



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, sodass aus unserer Sicht im Allgemeinen keine Vorbehalte gegen die Einnahme der Antibabypille bei Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bestehen.

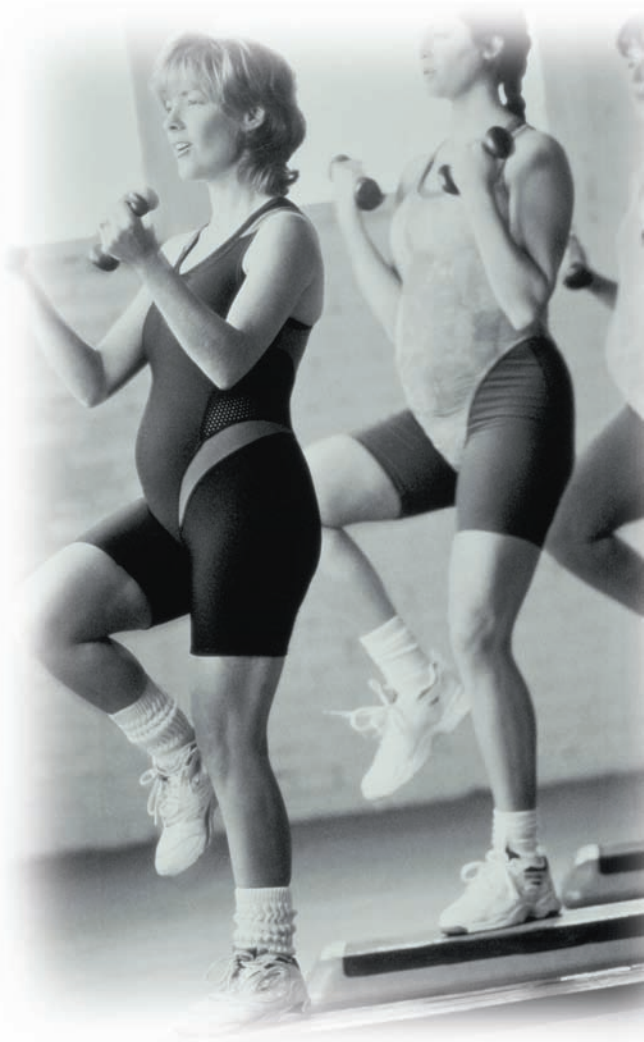
Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Sicherheit der Antibabypille aufgrund einer gestörten Aufnahme im Darm bei ausgeprägten Durchfällen im Einzelfall vermindert sein kann. Eine Verringerung des Konzeptionsschutzes (Empfängnisverhütung) ist insbesondere bei Antibabypillen mit geringerem Hormonanteil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

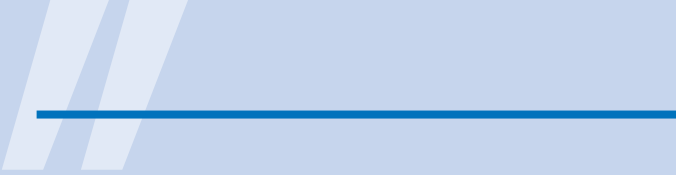


*Gibt es medizinische Gründe,
die einen Schwangerschafts-
abbruch bei einer Patientin mit
chronisch entzündlicher Darm-
erkrankung erfordern?*



Ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung ist sehr selten oder möglicherweise nie notwendig. Stattdessen 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 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.

Invasive Untersuchungen sollten aber nur durchgeführt werden, wenn sie zur Festlegung des Behandlungskonzeptes absolut notwendig sind. Kernspintomografien, 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.

Der Einsatz der Kapselendoskopie 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.

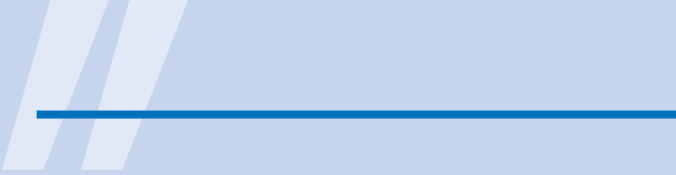
**Gibt es Besonderheiten
hinsichtlich der Geburt zu
beachten?**




Im Allgemeinen wird auch bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine vaginale Geburt bevorzugt. Auch bei einem künstlichen Darmausgang ist 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. Spezielle diätetische Empfehlungen müssen jedoch berücksichtigt werden, wenn im Rahmen der Grunderkrankung oder einer Begleiterkrankung eine Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz), ein Gallensäurenverlustsyndrom, oder z. B. Verengungen des Magen-Darm-Traktes (Steno-

sen) bestehen. Bei einer Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz) ist eine laktosefreie oder laktosereduzierte 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 Gallensäurenverlustsyndrom werden häufiger günstige Effekte durch eine sogenannte MCT-Kost (mittelkettige Triglyzeride) beobachtet. Patientinnen mit vorbeschriebenen Verengungen (Stenose) 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 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, 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.

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 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.



Zum Einsatz von Budesonid in der Stillzeit wird auf Seite 41 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.

Durch die mangelnde Entgiftungskapazität der noch unreifen kindlichen Leber kann häufig nicht vorhergesagt werden, wie viel der oben genannten Medikamente im kindlichen Organismus verbleibt. Daher können akute und Langzeitnebenwirkungen derzeit nicht sicher ausgeschlossen werden.





Als weitere Patientenbroschüren zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind kostenlos erhältlich:

- Colitis ulcerosa und Morbus Crohn
Eine Übersicht über die Krankheitsbilder
und ihre Behandlung (S80) *70 Seiten*
- Patientenfragen zu chronisch entzündlichen
Darmerkrankungen (S81) *60 Seiten*
- Ernährung bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
20 Fragen – 20 Antworten
(S84) *66 Seiten*
Vollständig überarbeitete Auflage 2007
- Begleiterkrankungen bei Morbus Crohn (S85) *39 Seiten*
- Medizinisches Stichwortverzeichnis zu
chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
(S86) *48 Seiten*
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
und seelisches Erleben (S87) *52 Seiten*
- Immunsuppressive Therapie bei chronisch
entzündlichen Darmerkrankungen (Az80) *24 Seiten*
- Kortikosteroid-Therapie bei chronisch
entzündlichen Darmerkrankungen (Bu80) *32 Seiten*
- Zink – Ein lebenswichtiges Spurenelement (Z80)
35 Seiten

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an:

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

Fax: 07 61/1514-321

E-Mail: literaturservice@falkfoundation.de

www.falkfoundation.de

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany