

Betreuung von Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) in der Schwangerschaft

Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG

Care of Women with Chronic Inflammatory Bowel Disease (Chronic IBD) During Pregnancy

Recommendations of the Obstetrics and Prenatal Medicine Working Group of the DGGG



Autoren

Markus Schmidt¹, Maritta Kühnert², Bettina Kuschel³, Sven Kehl⁴, Ute Margaretha Schäfer-Graf⁵

Institute

- 1 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sanakliniken Duisburg, Duisburg
- 2 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Marburg, Marburg
- 3 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München
- 4 Frauenklinik, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen
- 5 Berliner Diabeteszentrum für Schwangere, St. Joseph Krankenhaus Berlin, Berlin

Key words

chronic inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, pregnancy

Schlüsselwörter

chronisch entzündliche Darmerkrankung, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Schwangerschaft

eingereicht 28.2.2021

angenommen nach Revision 10.3.2021

Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2021; 81: 1348–1353

DOI 10.1055/a-1429-2742

ISSN 0016-5751

© 2021. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Markus Schmidt
Sana Kliniken Duisburg
Zu den Rehwiesen 9, 47055 Duisburg, Deutschland
Markus.schmidt@sana.de

ZUSAMMENFASSUNG

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) weisen eine hohe Inzidenz im reproduktionsfähigen Alter auf. Eine CED führt typischerweise nicht zu einer beeinträchtigten Fertilität, dennoch ist die Rate an Frauen mit Kindern aufgrund einer selbstaufgelegten Kinderlosigkeit geringer als in der Gesamtpopulation. Ergebnisoffen zu informieren und ggfs. unbegründete Ängste abzubauen, sollte daher ein wesentlicher Bestandteil der präkonzeptionellen Beratung sein. Die gängigen Medikamente mit Ausnahme von Methotrexat können und sollen in der Schwangerschaft fortgeführt werden. Tritt die Schwangerschaft in einer inaktiven Krankheitsphase ein, so ist prinzipiell nicht mit einer erhöhten Komplikationsrate in der Schwangerschaft zu rechnen. Dennoch gelten Frauen mit CED als Risikoschwangere. Es sollte in jedem Fall ein Organscreening nach DEGUM-II-Kriterien erfolgen sowie auf die evtl. Entwicklung einer Plazentainsuffizienz geachtet werden. Ein möglicher Schub in der Schwangerschaft sollte konsequent therapiert werden. Beim Fehlen einer perianalen Manifestation kann eine vaginale Entbindung angestrebt werden, dennoch ist eine individuelle Risikoabwägung erforderlich.

ABSTRACT

The incidence of chronic inflammatory bowel disease (chronic IBD) in persons of reproductive age is high. Chronic IBD does not typically lead to impaired fertility. Nevertheless, the percentage of women suffering from chronic IBD who have children is lower than that of the general population, due to self-imposed childlessness. Providing women with open, unbiased information and, if necessary, helping them to overcome baseless fears should therefore be an essential part of pre-conception counseling. With the exception of methotrexate, most standard drugs can and should be continued during

pregnancy. If the pregnancy occurs during an inactive phase of disease, the rate of complications in pregnancy should, in principle, not be higher than normal. Nevertheless, pregnant women with chronic IBD are classed as high-risk pregnancies. Organ screening in accordance with DEGUM II criteria should be carried out in every case, and women must be monitored for the potential development of placental insufficiency. Any flare-ups which occur during pregnancy should be treated in full. Vaginal delivery can be considered if there is no perianal manifestation of disease; however, the individual risk must be carefully weighed up.

Formen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen

AGG-STATEMENT

Die beiden wichtigsten chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in der Schwangerschaft sind Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) bezeichnen immunologisch vermittelte chronische Entzündungen des Darms. Die beiden wichtigsten Erkrankungen sind Morbus Crohn sowie Colitis ulcerosa.

Morbus Crohn ist eine typischerweise nicht kontinuierliche Entzündung, die vom terminalen Ileum ausgehend zu einer segmentalen Kolitis führt, das Rektum aber häufig ausspart. Es kommt oft zu perianalen Veränderungen mit Fistelbildungen. Betroffene leiden unter abdominalen Schmerzen, es bilden sich abdominale Resistenzen und Dünndarmstenosen sind häufig. Die Inzidenz beträgt ca. 6,6/100 000, das mediane Erkrankungsalter liegt bei 33 Jahren. Die Diagnose wird gesichert durch eine Sonografie sowie eine Ileokoloskopie mit dem Nachweis einer diskontinuierlichen Entzündung sowie dem histologischen Nachweis von Granulomen [1].

Colitis ulcerosa ist eine typischerweise kontinuierliche Entzündung vom Rektum ausgehend. Betroffene bemerken Blut- sowie Schleimbeimengungen im Stuhl, wobei Schmerzen nur gelegentlich auftreten. Stenosen und Fistelbildungen zeigen sich nicht. Die Inzidenz beträgt ca. 3–3,9/100 000. Die höchste altersspezifische Inzidenz liegt zwischen 16 und 25 Jahren. Auch hier erfolgt die Diagnose durch Anamnese, Sonografie und Endoskopie [2].

Übergangsformen zwischen beiden CEDs treten auf. Die folgenden in der AGG anhand einer Literaturrecherche abgestimmten Empfehlungen sollen behandelnde Ärzte in der präkonzeptionellen Beratung sowie in der Betreuung betroffener Patientinnen in der Schwangerschaft unterstützen.

Methoden

Es wurde eine Literaturrecherche des Zeitraums 1995 bis Januar 2021 anhand der Suchbegriffe „chronic inflammatory bowel disease and pregnancy“ in der Datenbank PubMed durchgeführt. Bei fehlenden randomisiert klinischen Studien wurden unter den ca. 200 Publikationen diejenigen berücksichtigt, die eine hohe Relevanz für die Betreuung der Patientinnen in der Schwangerschaft aufwiesen. Auf dieser Basis wurden Empfehlungen zur Behandlung von Frauen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung in der Schwangerschaft abgestimmt in der Sektion „Mütterliche Erkrankungen“ der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG (AGG).

Präkonzeptionelle Beratung

AGG-EMPFEHLUNG

Frauen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sollte eine präkonzeptionelle Beratung angeboten werden.

AGG-EMPFEHLUNG

Vor der Konzeption sollte eine klinische Remission angestrebt werden, da die Krankheitsaktivität bei Konzeption mit einem erhöhten Risiko der Frühgeburtlichkeit und Plazentainsuffizienz korreliert ist.

AGG-EMPFEHLUNG

Eine Schub- und/oder eine remissionserhaltende Therapie sollte bei bestehender Indikation auch bei Kinderwunsch mit Ausnahme von Methotrexat durchgeführt werden.

Die Fertilität von Frauen mit einem Morbus Crohn ist nicht bzw. nur geringfügig reduziert [3]. Lediglich bei Frauen mit aktiver Erkrankung einer Colitis ulcerosa sowie nach Anlage eines ileoanalen Pouches (IAP) zeigt sich eine reduzierte Fertilität [4]. Dennoch ist die Kinderrate betroffener Frauen im Vergleich zur Gesamt-

population erniedrigt. Diese häufig freiwillige Kinderlosigkeit besteht sowohl für Frauen als auch für Männer mit CED [4]. Als Ursache hierfür werden Angst vor Vererbbarkeit, das Risiko fetaler Fehlbildungen und auch die Sorge vor einer Teratogenität der Medikation genannt [5].

Obwohl sich Frauen mit CED häufig in dauerhafter ärztlicher Behandlung befinden, scheint bezüglich der Familienplanung eine große Unsicherheit zu bestehen. Gerade diese Frauen mit großem Beratungsbedarf profitieren von einer präkonzeptionellen Beratung [6].

In einem solchen Gespräch sollte unter anderem besprochen werden, wie sich die CED auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken kann, aber auch, welche Auswirkungen die Schwangerschaft auf die CED hat.

Eine stabile Krankheitssituation in Remission wirkt sich weder auf den Schwangerschaftsverlauf aus, noch hat eine Schwangerschaft negative Auswirkungen auf die Krankheitsaktivität. In einer europäischen Kohortenstudie zeigte sich, dass die Schubrate bei Frauen mit einer stabilen perikonzeptionellen Situation vergleichbar mit der Rate bei nicht schwangeren Frauen war. Erfolgt die Konzeption jedoch in einer aktiven Krankheitsphase, so zeigten $\frac{2}{3}$ der Frauen im weiteren Schwangerschaftsverlauf vermehrte Schübe sowie ein erhöhtes Risiko einer Verschlechterung nach der Schwangerschaft [7].

Eine perikonzeptionell aktive Erkrankung korreliert weiterhin mit einem erhöhten Risiko von Aborten, Frühgeburten sowie dem Auftreten von wachstumsrestringierten Feten [8, 9].

Eine aktuelle Metaanalyse [10] zeigte ein 2,42-fach erhöhtes Frühgeburtsrisiko (95%-KI 1,81–8,02), ein 1,48-fach erhöhtes SGA-Risiko (95%-KI 1,19–1,85), ein 1,87-fach erhöhtes Abortrisiko (95%-KI 1,17–3,0) sowie ein 2,27-fach erhöhtes Risiko eines intrauterinen Fruchttodes (95%-KI 1,03–5,04) bei Frauen mit aktiver perikonzeptioneller Erkrankung im Vergleich zu Frauen mit inaktiver perikonzeptioneller Erkrankung.

Ein Großteil der Frauen mit CED hat eine bestehende Dauermedikation, die vor einer geplanten Schwangerschaft überprüft werden muss.

Gemäß den Empfehlungen der European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) sowie der AWMF-Leitlinie zum Morbus Crohn [1, 11] kann die übliche Medikation mit Ausnahme von Methotrexat fortgeführt werden.

Nach Angaben von „Embryotox“ sind die 5-ASA-Präparate, insbesondere Mesalazin und Sulfasalazin, intensiv untersucht worden und gelten als gut verträglich. Glukokortikoide sind in allen Phasen der Schwangerschaft erlaubt. Mögliche Auswirkungen auf den Feten sind abhängig vom Glukokortikoid, von der Dosis, Therapiedauer und dem Schwangerschaftszeitraum. Da lokale Applikationen, wie z. B. Budenosid, kaum resorbiert werden, gelten sie als unbedenklich. Bei der systemischen Applikation ist zu beachten, dass fluoridierte Kortikosteroide wie Dexamethason und Betamethason die Plazentaschranke passieren, nicht fluoridierte wie Prednison und Prednisolon in der Plazenta zu einem Großteil enzymatisch inaktiviert werden. Eine systemische Kortikoid-Dauermedikation sollte möglichst vermieden werden. Bei einer selten erforderlichen höher dosierten Behandlung über viele Wochen sollte das fetale Wachstum sonografisch kontrolliert werden. Dauert die Therapie bis zur Geburt, muss eine Nebenniereninsuffizienz des Neugeborenen bedacht und gegebenenfalls behandelt werden. Auch die Mutter kann subpartial Symptome einer relativen Nebenniereninsuffizienz entwickeln, und es sollte ggfs. eine Anpassung der Steroidtherapie peripartal erfolgen. Bei allen Schwangeren unter Steroiddauertherapie soll daher bereits in der Geburtsplanung eine Anpassung der Steroiddosis in Stresssituationen bedacht und ein Substitutionsplan erstellt werden.

► **Tab. 1** Übersicht über die gängige Medikation einer CED und der Sicherheit in der Schwangerschaft.

| sicher | wahrscheinlich sicher | kontraindiziert |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| orale 5-Aminosalicylate | Infliximab | Methotrexat |
| topische 5-Aminosalicylate | Adalimumab | Thalidomid |
| Sulfasalazin/Mesalazin | Certolizumab | 6-Thioguanin (keine Daten) |
| Azathioprin | Ciclosporin | |
| 6-Mercaptopurin | Tacrolimus | |
| | Budenosid | |
| | Metronidazol | |
| | Ciprofloxacin | |

Innerhalb der Gruppe der Immunmodulatoren sind Azathioprin, gefolgt von Ciclosporin, am besten untersucht. Ist es zwingend erforderlich, scheinen auch TNF- α -Inhibitoren in der Schwangerschaft akzeptabel zu sein. Der Einsatz in der zweiten Schwangerschaftshälfte sollte jedoch wohl begründeten Einzelfällen vorbehalten sein. Die Antibiotika Metronidazol sowie Ciprofloxacin sind in der Schwangerschaft vertretbar [12].

In der ► **Tab. 1** werden gängige Medikamente, die in der Therapie einer CED verwendet werden, und ihre Sicherheit in der Schwangerschaft dargestellt (modifiziert nach [13]).

Die Datenlage zu dem monoklonalen IgG1-Antikörper Vedolizumab sowie Ustekinumab in der Schwangerschaft ist gering. Beide Medikamente sollten demnach nur nach individueller Abwägung und Versagen der o.a. Therapiemöglichkeiten in der Schwangerschaft angewandt werden [12, 14].

Betreuung in der Schwangerschaft

AGG-EMPFEHLUNG

Die Betreuung einer Schwangeren mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sollte in interdisziplinärer Abstimmung mit dem behandelnden Gastroenterologen erfolgen.

AGG-EMPFEHLUNG

Ein Aussetzen der remissionserhaltenden Therapie sollte in der Schwangerschaft mit Ausnahme von Methotrexat nicht erfolgen.

AGG-EMPFEHLUNG

Es sollte eine differenzierte sonografische Feindiagnostik nach DEGUM-II-Kriterien erfolgen.

AGG-EMPFEHLUNG

Es sollten regelmäßige sonografische Kontrollen (mindestens alle 4 Wochen) zur Bestätigung eines regelrechten Wachstums erfolgen.

AGG-EMPFEHLUNG

Schübe einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sollen in der Schwangerschaft konsequent therapiert werden.

AGG-EMPFEHLUNG

Es sollte ab 40 + 0 SSW über die Option einer Geburtseinleitung informiert werden.

Die Datenlage bezüglich der Schwangerschaftsrisiken ist insgesamt als uneinheitlich zu bezeichnen. Einige Studien zeigten ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit bei Frauen mit CED, insbesondere bei entzündlicher Aktivität in der Schwangerschaft [15, 16]. In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2007 war das Risiko für Frühgeburtlichkeit bei Frauen mit CED um den Faktor 1,87 erhöht (95%-KI 1,52–2,31, $p < 0,001$) [16]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine aktuellere Metaanalyse, die ein 1,85-fach erhöhtes Risiko einer Frühgeburtlichkeit feststellte [18]. Da die Ursachen der Frühgeburtlichkeit (z. B. vorzeitige Wehentätigkeit, vorzeitiger Blasensprung oder iatrogen wegen fetaler Wachstumsrestriktion) nicht weiter differenziert wurden, kann keine generelle Aussage zur Ätiologie der Frühgeburtlichkeit getroffen werden.

In der Metaanalyse von O'Toole et al. ergab sich ein erhöhtes Risiko für einen SGA-(small-for-gestational-age-)Fet von 1,36 (95%-KI 1,16–1,60), in der Metaanalyse von Cornish war das Risiko eines Geburtsgewichtes < 2500 g sogar um den Faktor 2 erhöht. Es erfolgte keine Differenzierung zwischen einer fetalen Wachstumsrestriktion, z. B. auf dem Boden einer Plazentainsuffizienz, und einem konstitutionell kleinen Feten ohne pathologische Ursachen. Die Ursache der erhöhten Rate kleiner Kinder kann daher nicht abschließend beurteilt werden. Neben einem möglichen Risiko einer Plazentainsuffizienz müssen auch Effekte der antiinflammatorischen Medikation sowie konstitutionelle Aspekte der Eltern erwogen werden.

In den zuvor genannten Metaanalysen zeigte sich ein um den Faktor 1,3 bzw. 2,3 erhöhtes Fehlbildungsrisiko, während schwerwiegende Fehlbildungen jedoch nicht beschrieben wurden. Die Metaanalyse von Cornish et al. beschreibt lediglich ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko bei Patientinnen mit Colitis ulcerosa. Für Patientinnen mit Morbus Crohn konnte kein erhöhtes Risiko festgestellt werden. Weiterhin war das Risiko eines intrauterinen

Fruchttodes um den Faktor 1,57 in der Metaanalyse von Cornish et al. grenzwertig erhöht; in der Metaanalyse von O'Toole ergab sich dieses nicht. Beide Metaanalysen bezogen sich jedoch fast ausnahmslos auf retrospektive Fallserien, sodass die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Eine europäische prospektive Studie an 332 schwangeren Frauen mit CED untersuchte den Schwangerschaftsverlauf von Patientinnen mit CED im Vergleich zu einer gematchten Kontrollgruppe [19]. In dieser Studie zeigte sich kein Unterschied in der Rate von Lebendgeburten, Aborten, intrauterinen Fruchttoden, Frühgeburten, SGA-Feten sowie Sectiones. Maternales Alter > 35 und Rauchen waren Risikofaktoren für eine Frühgeburtlichkeit sowie eine erhöhte fetale Fehlbildungsrate.

Auch sollte auf die Entwicklung eines Gestationsdiabetes geachtet werden, da dieser bei Frauen mit CED gehäuft auftritt [20].

Zusammenfassend kann keine sichere Aussage zum Schwangerschaftsverlauf bei CED getroffen werden, weshalb auftretende Schübe in der Schwangerschaft konsequent therapiert werden sollen. Schwangerschaften von Frauen mit CED werden als Risikoschwangerschaften betrachtet. Sie sollten in interdisziplinärer Abstimmung mit dem behandelnden Internisten erfolgen. In jedem Fall soll ein Organscreening nach DEGUM-II-Kriterien durchgeführt und im weiteren Verlauf ein besonderes Augenmerk auf die potenzielle Entwicklung einer Wachstumsrestriktion gerichtet werden. Bei nicht eindeutiger Datenlage zum Risiko eines intrauterinen Fruchttodes sollte ab dem errechneten Termin über die Option einer Geburtseinleitung informiert werden.

Entbindungsmodus

AGG-EMPFEHLUNG

Schwangeren mit einer Colitis ulcerosa und einem ileoanalen Pouch sollte zu einer Sectio caesarea geraten werden.

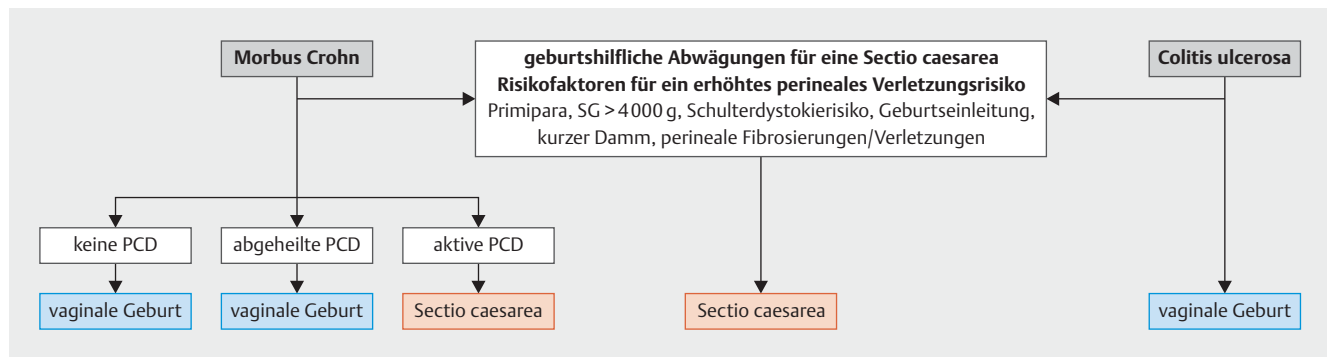
AGG-EMPFEHLUNG

Schwangeren mit aktiver perianaler Aktivität eines Morbus Crohn sollte zu einer Sectio caesarea geraten werden.

AGG-EMPFEHLUNG

Eine prophylaktische Episiotomie soll nicht erfolgen.

In einer aktuellen retrospektiven Untersuchung an 124 Patientinnen mit CED wurde eine erhöhte Sectiorate von 63,1% bei den Frauen mit Colitis ulcerosa sowie 40,7% bei Morbus Crohn nachgewiesen [21]. Die höchste Sectiorate bei Frauen mit Morbus Crohn wurde beim Vorliegen einer aktiven sowie inaktiven perianalen Erkrankung beobachtet. In der Gruppe der Frauen mit Colitis ulcerosa lag die höchste Sectiorate bei den Frauen mit einem ileoanalen Pouch (IAP) vor. In der Metaanalyse von Cornish war die Sectiorate bei Frauen mit CED um den Faktor 1,5 höher als in der



► **Abb. 1** Algorithmus zur Festlegung des Entbindungsmodus für Patientinnen mit CED ohne Vorgeschichte einer ileoanalen Anastomose (PCD = perianale Crohn-Erkrankung) [22].

Kontrollgruppe [17]. In der differenzierten Interpretation zeigte sich jedoch lediglich die Sectiorate signifikant erhöht bei den Frauen mit Morbus Crohn, bei Frauen mit Colitis ulcerosa lag keine Signifikanz vor. In der prospektiven Untersuchung von Bortoli et al. war die Sectiorate hingegen bei den Frauen mit CED nicht erhöht [19].

Bei fehlenden großen prospektiven Studien ergibt sich zwangsläufig die Frage nach den Kriterien zur gemeinsamen Abwägung des geplanten Entbindungsmodus mit der werdenden Mutter. Neben dem Wunsch der Mutter, die typischerweise eine lange Krankheitsgeschichte aufweist, ergeben sich unterschiedliche Aspekte, um den Entbindungsmodus festzulegen. In die Entscheidungsfindung sollten in jedem Fall der Erkrankungstyp, die Erkrankungsaktivität, abdominale Voroperationen sowie die geburtshilfliche Anamnese eingehen. Typischerweise ergeben sich Ängste der Patientin bezüglich perianaler Verletzungen, Wundheilungsstörungen, Fistelbildungen und Beckenbodenschäden mit potenzieller folgender Inkontinenz [22].

Die ECCO [18] empfiehlt eine vaginale Entbindung bei inaktiver bzw. milder Erkrankung sowie eine Sectio caesarea bei aktiver perianaler bzw. rektaler Erkrankung. Auch Foulon et al. konnten in einem systematischen Review aufzeigen, dass die Sectiorate generell bei Frauen mit CED erhöht ist [24]. Eine Ursache könnte in der Angst vor dem Auftreten einer perianalen Erkrankung sowie gegebenenfalls einer Inkontinenz nach vaginaler Geburt liegen.

Die Sorge der Entwicklung einer perianalen Manifestation nach vaginaler Geburt scheint jedoch unbegründet zu sein [24]. Auch die Durchführung einer Episiotomie, vaginal-operative Entbindungen sowie Geburtsverletzungen führten in dieser Patientinnen-Gruppe nicht zu einem erhöhten Auftreten perianaler Manifestationen. Um höhergradige Dammrisse zu vermeiden, wurden mehr Episiotomien durchgeführt. Die Durchführung einer prophylaktischen Episiotomie zur Vermeidung höhergradiger Dammrisse ist jedoch insgesamt als höchst fragwürdig anzusehen und soll unterbleiben [24]. Die Sectiorate bei den Frauen mit präpartaler perianaler Manifestation ist erwartungsgemäß deutlich erhöht. Bei den Frauen, die trotz aktiver perianaler Erkrankung eine vaginale Entbindung anstreben, zeigte sich tendenziell eine Krankheitsverschlechterung nach vaginaler Geburt. Im Falle abgeheilter perianaler Läsionen sollte eine Risikoabwägung erfolgen. Hierzu zäh-

len die Parität, das fetale Schätzwicht, die perineale Distanz sowie die Konsistenz des Dammes.

Eine Besonderheit stellen noch die Frauen mit Colitis ulcerosa und dem Vorliegen eines ileoanalen Pouches (IAP) dar. Eine Studie zeigte eine erhöhte Rate an Sphinkterdefekten und Beeinträchtigung der Pouch-Funktion, sodass diesen Patientinnen eher zu einer Sectio caesarea geraten werden sollte [26].

Liegt kein ileoanaler Pouch vor, so beschreibt ► **Abb. 1** einen möglichen Algorithmus zur Festlegung des Entbindungsmodus [22, 24].

Postpartale Betreuung

AGG-EMPFEHLUNG

Die Medikation einer chronisch entzündlichen Darm-erkrankung sollte in der Stillzeit fortgeführt werden.

AGG-EMPFEHLUNG

Mesalazin und Kortikosteroide können während der Stillzeit unter sorgfältiger Abwägung der Indikation fortgeführt werden.

Der Benefit des Stillens für Mutter und Kind ist unbestritten. Die Sorgen der Mutter bezüglich der Sicherheit der Medikation beim Stillen führt häufig dazu, dass die Medikation nicht mehr regelmäßig genommen wird. So setzen 60% der Frauen mit Morbus Crohn eigenständig die Medikation aus Sorge, diese könnte dem Kind schaden, in der Stillzeit ab [27].

Generell ist die Medikation als stillkompatibel anzusehen. So beträgt der Übertritt von Kortikoiden, Thiopurinen und Anti-TNF-Präparaten < 1% der maternalen Plasmadosen und ist als unbedenklich einzustufen [28]. In jedem Fall sollte auch hier eine interdisziplinäre Abstimmung erfolgen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Preiß JC, Bokemeyer B, Buhr HJ et al.; German Society of Gastroenterology. [Updated German clinical practice guideline on "Diagnosis and treatment of Crohn's disease" 2014]. *Z Gastroenterol* 2014; 52: 1431–1484. doi:10.1055/s-0034-1385199
- [2] Kucharzik T, Dignass AU, Atreya R et al.; Collaborators. Aktualisierte S3-Leitlinie Colitis ulcerosa – Living Guideline. *Z Gastroenterol* 2020; 58: e241–e326. doi:10.1005/a-1296-3444
- [3] Hudson M, Flett G, Sinclair TS et al. Fertility and pregnancy in inflammatory bowel disease. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 58: 229–237
- [4] Vermeire S, Carbonnel F, Coulie P et al. Management of inflammatory bowel disease in pregnancy. *J Crohns Colitis* 2012; 6: 811–823
- [5] Mountfield R, Bampton P, Prosser R et al. Fear and fertility in inflammatory bowel disease: a mismatch of perception and reality affects family planning decisions. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15: 720–725
- [6] Schmidt M. Präkonzeptionelle Beratung. *Frauenheilkunde* up2date 2018; 12: 23–35
- [7] Riis L, Vind I, Politi P et al. Does pregnancy change the disease course? A study in a European cohort of patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1539–1545
- [8] Moser MA, Okun NB, Mayes DC et al. Crohn's disease, pregnancy, and birth weight. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1021–1026
- [9] Nørgård B, Hundborg HH, Jacobsen BA et al. Disease activity in pregnant women with Crohn's disease and birth outcomes: a regional Danish cohort study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 1947–1954
- [10] Kim MA, Kim YH, Chun J et al. The influence of disease activity on pregnancy outcomes in women with inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis* 2020; jjaa225. doi:10.1093/ecco-jcc/jjaa225
- [11] Magro F, Gionchetti P, Eliakim R et al.; European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis* 2017; 11: 649–670
- [12] Embryotox. Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie; Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin. Online (Stand: 06.03.2021): www.embryotox.de
- [13] van der Woude CJ, Kolacek S, Dotan I et al.; for the European Crohn's Colitis Organisation (ECCO). European evidenced-based consensus on reproduction in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2010; 4: 493–510
- [14] Laube R, Paramsothy S, Leong RW. Use of medications during pregnancy and breastfeeding for Crohn's disease and ulcerative colitis. *Expert Opin Drug Saf* 2021. doi:10.1080/14740338.2021.1873948
- [15] Bush MC, Patel S, Lapinski RH et al. Perinatal outcomes in inflammatory bowel disease. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 15: 237–241
- [16] Reddy D, Murphy SJ, Kane SV et al. Relapses of inflammatory bowel disease during pregnancy: in-hospital management and birth outcomes. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 1203–1209
- [17] Cornish J, Tan E, Teare J et al. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. *Gut* 2007; 56: 830–837
- [18] O'Toole A, Nwanne O, Tomlinson T. Inflammatory Bowel Disease Increases Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A Meta-Analysis. *Dig Dis Sci* 2015; 60: 2750–2761
- [19] Bortoli A, Pedersen N, Duricova D et al. Pregnancy outcome in inflammatory bowel disease: prospective European case-control ECCO EpiCom study, 2003–2006. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34: 724–734
- [20] Tandon P, Govardhanam V, Leung K et al. Systematic review with meta-analysis: risk of adverse pregnancy-related outcomes in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2020; 51: 320–333. doi:10.1111/apt.15587
- [21] Burke KE, Haviland MJ, Hacker MR et al. Indications for mode of delivery in pregnant women with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2017; 23: 721–726
- [22] Schmidt M. Betreuung von Frauen mit chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen (CED) – Was muß ich in der Schwangerschaft und bei der Geburt beachten? *Gyn Praxis* 2019; 45: 417–424
- [23] Hatch Q, Champagne BJ, Maykel JA et al. Crohn's disease and pregnancy: the impact of perianal disease on delivery methods and complications. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 174–178
- [24] Foulon A, Dupas JL, Sabbagh C et al. Defining the Most Appropriate Delivery Mode in Women with Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Inflamm Bowel Dis* 2017; 23: 712–720
- [25] Jiang H, Qian X, Carroli G et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; (2): CD000081
- [26] Remzi FH, Gorgun E, Bast J et al. Vaginal delivery after ileal pouch-anal anastomosis: a word of caution. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1691–1699
- [27] Julsgaard M, Norgaard M, Hvas CL et al. Self-reported adherence to medical treatment, breastfeeding behaviour, and disease activity during the postpartum period in women with Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 2014; 49: 958–966
- [28] Mahadevan U, McConnell RA, Chambers CD. Drug Safety and Risk of Adverse Outcomes for Pregnant Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology* 2017; 152: 451–462.e2