

Zwangerschap bij de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa

Inleiding	2
Zwanger worden	2
Zwanger worden met een stoma	3
Zwanger worden met een pouch	4
Vruchtbaarheidsonderzoek of -behandeling	4
Zwanger zijn	5
Invloed van een actieve ziekte op de zwangerschap	5
Medicijngebruik tijdens de zwangerschap	5
Biologicals en zwangerschap	7
Onderzoeken tijdens de zwangerschap	8
Operatie tijdens een zwangerschap	8
Controles tijdens de zwangerschap	9
Bevalling	9
Borstvoeding	10
Kans op overdragen van een chronische darmontsteking	11
Tot slot	11
Informatie	11

Inleiding

Zwanger worden of een zwangerschapswens hebben als u een chronische darmziekte heeft kan op een bepaald moment in uw leven een rol gaan spelen.

Op dat moment kunt u vragen of onzekerheden krijgen, bijvoorbeeld: Mag ik zwanger worden als ik deze medicijnen slik? Kunnen de medicijnen, die ik gebruik, schadelijk zijn voor mijn ongeboren kind? Mag ik borstvoeding geven? In deze folder vindt u antwoorden op de meest gestelde vragen.

Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, neem dan gerust contact op met uw MDL-arts of IBD-verpleegkundige.

Belangrijk

Bespreek altijd uw individuele situatie met uw Maag-, Darm- en Leverarts (MDL-arts) en/of de IBD-verpleegkundige. Het liefst ruim vóór de zwangerschap!

Zwanger worden

Is het mogelijk zwanger te worden met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa?

Vrouwen

Meestal zijn vrouwen met een chronische darmziekte niet verminderd vruchtbaar. Bij sommige vrouwen is dat soms wel het geval, bijvoorbeeld:

- Vrouwen die operaties hebben ondergaan in het gebied van het kleine bekken
- Vrouwen met een gecompliceerd verloop van de ziekte van Crohn

Een actieve darmziekte lijkt de vruchtbaarheid bij vrouwen te verminderen. Dit komt voornamelijk doordat in perioden van actieve ontsteking de menstruele cyclus verstoord kan zijn.

Let op! Het gebruik van methotrexaat is absoluut niet toegestaan. Met name 6 maanden voor de bevruchting. Dit in verband met het risico op aangeboren afwijkingen bij het kindje. Dit geldt voor mannen én voor vrouwen.

Mannen

In principe geldt voor mannen hetzelfde als voor vrouwen: de vruchtbaarheid is bij een rustig verlopende darmziekte niet anders dan bij gezonde mannen. Wel kunnen sommige medicijnen invloed hebben op de zaadkwaliteit. Daarom is het belangrijk om een actuele kinderwens met de MDL-arts en/of IBD-verpleegkundige te bespreken. Hierbij wordt dan gekeken welke medicijnen wel of niet gebruikt kunnen worden bij een kinderwens. Soms is het nodig om medicijnen te stoppen of aan te passen. Dit geldt bijvoorbeeld voor methotrexaat, een medicijn dat altijd gestopt moet worden. Verder speelt bij mannen de medische voorgeschiedenis een rol. Mannen met bijvoorbeeld een ileo-anale pouch (een reservoir gemaakt van het laatste deel van de dunne darm, dat aan de anus is gehecht) kunnen minder vruchtbaar zijn. Het is daarom belangrijk om de beslissing wel of niet opereren goed met uw arts te bespreken

Zwanger worden met een stoma

In principe kan een vrouw met een colostoma of ileostoma gewoon zwanger worden. Wel kunnen eventuele verklevingen door operaties in het buikgebied sommige vrouwen parten spelen.

Verder is het mogelijk dat u tijdens de zwangerschap te maken kunt krijgen met praktische klachten van de stoma. Is dit het geval, dan verwijzen wij u door naar de stomaverpleegkundige die u kan begeleiden.

Zwanger worden met een pouch

Een vrouw met een pouch kan zwanger worden. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat na het aanleggen van een pouch de vruchtbaarheid is afgenomen vergeleken met vrouwen met IBD die niet zijn geopereerd.

Vruchtbaarheidsonderzoek of -behandeling

Na 1 jaar proberen om zwanger te worden heeft het zin om een vruchtbaarheidsonderzoek te starten, eventueel eerder bij onregelmatige menstruaties of (meerdere) buikoperaties of buikvliesontstekingen in de voorgeschiedenis. Op basis van dit onderzoek wordt er gekeken wat de mogelijkheden zijn in uw individuele situatie.

Het doel van het vruchtbaarheidsonderzoek is om te weten te komen door welke oorzaken bij man of vrouw de kans op zwangerschap kleiner is dan bij anderen. Als die oorzaken gevonden worden, zal men proberen daarin verbetering te brengen met een behandeling. Het is echter nooit mogelijk om te garanderen dat men na behandeling zwanger zal worden. Wel kan soms tijdens of na de behandeling gezegd worden hoe groot de kans is op een eventuele zwangerschap.

Bij de keuze voor de behandeling speelt het hebben van de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa geen rol.

De ziektes brengen in principe geen extra risico's met zich mee, tenzij een vrouw verklevingen heeft in de buik. Dit kan bijvoorbeeld na een buikoperatie in het kleine bekken of bij fistels. Elke aanvraag voor een behandeling wordt per persoon bekeken.

Zwanger zijn

Wat voor invloed heeft de zwangerschap op mijn ziekte?

Uit onderzoek is gebleken dat een zwangerschap, die in een rustige periode van de darmziekte is ontstaan, meestal een gunstig effect heeft op het verdere verloop van een chronische darmziekte. Als de darmziekte actief is bij het begin van de zwangerschap, dan blijft de ziekte zonder aangepaste behandeling meestal actief of verergert tijdens de zwangerschap.

Ongeveer één derde van de vrouwen met een chronische darmziekte krijgt tijdens de zwangerschap een verhoogde activiteit van deze ziekte. Dat is ongeveer hetzelfde risico als voor niet-zwangere vrouwen. Het is belangrijk om zwanger te worden als de ziekte rustig is, zo wordt de kans op actieve darmziekte verkleind. Na de bevalling bestaat er bij vrouwen met een chronische darmziekte een verhoogde kans op opvlamming van hun ziekte.

Invloed van een actieve ziekte op de zwangerschap

Bij een zwangerschap, die tijdens een actieve vorm van de darmziekte is ontstaan, is de kans beduidend verhoogd op het krijgen van een miskraam, vroeggeboorte en een lager geboortegewicht. Aangeboren afwijkingen van het kind komen echter niet aantoonbaar vaker voor bij patiënten met een chronische darmziekte dan bij personen zonder deze ziekte.

Medicijngebruik tijdens de zwangerschap

In het algemeen wordt geprobeerd om medicijngebruik tijdens de zwangerschap te vermijden. Het is echter een misvatting dat stoppen met medicijnen, voorafgaand aan een zwangerschap, de kans op complicaties voor het kind vermindert. Een actieve darmziekte brengt juist meer risico's met zich mee.

Voor vrouwen geldt dat zoveel mogelijk medicijnen worden gestopt vóór de zwangerschap als dit haalbaar is. Dit gebeurt altijd in overleg met de MDL-arts en/of IBD-verpleegkundige. Vaak is het nodig om door te gaan met medicijnen om de darmziekte rustig te houden. Niet van alle medicijnen zijn voldoende effecten bekend over het gebruik bij de zwangerschap; vooral effecten op de langere termijn zijn vaak onbekend.

Het gebruik van tioguanine (Thiosix®) tijdens de zwangerschap, met name in het eerste trimester, wordt afgeraden. Tioguanine mag tijdens de zwangerschap alleen worden gebruikt na overleg met de behandelend specialist.

Over het gebruik van Allopurinol tijdens de zwangerschap is nog weinig bekend. Daarom wordt er terughoudend omgegaan met het geven van dit medicijn.

In het algemeen gesproken mogen de meeste medicijnen voor en tijdens de zwangerschap door gebruikt worden. Het gebruik van methotrexaat is echter absoluut niet toegestaan, met name 6 maanden voor de bevruchting. Dit in verband met het risico op aangeboren afwijkingen bij het kindje. Dit geldt voor mannen en voor vrouwen.

Om risico's op aangeboren afwijkingen bij het kind te verminderen, geldt voor vrouwen in het algemeen het advies om bij een kinderwens voorafgaand aan en tijdens het eerste trimester (eerste 12 weken) van de zwangerschap foliumzuur te gebruiken (1x daags 0,5 mg). Bij vrouwen met een chronische darmziekte kan een hogere dosering worden gebruikt:

- Bij behandeling met het medicijn sulfasalazine
- Bij aanwijzingen van voedingsdeficiëntie (voedingsdeficiëntie is een tekort aan voedingsstoffen die voor het functioneren van het lichaam belangrijk zijn) als gevolg van de activiteit van de ziekte

Bij mannen lijken de meeste medicijnen veilig te zijn, maar voor mannen zijn deze risico's minder goed onderzocht dan voor vrouwen. Van sulfasalazine weten we dat deze invloed heeft op de zaadkwaliteit. Mannen kunnen hierdoor tijdelijk verminderd vruchtbaar zijn. Na het stoppen met deze medicatie is hier echter geen sprake meer van en zal de zaadkwaliteit na 2 á 3 maanden in de regel weer als vanouds zijn.

Het is voor mannen en vrouwen, die een kinderwens hebben, belangrijk om dit tijdig te bespreken met de MDL-arts en IBD-verpleegkundige, zodat hier rekening mee gehouden kan worden in het behandelplan.

Biologicals en zwangerschap

Infliximab wordt door gedoseerd tot ongeveer het eind van het tweede zwangerschapstrimester (rond week 22-24), daarna in overleg met de MDL-arts en afhankelijk van de activiteit van de chronische darmziekte.

Adalimumab wordt tot ongeveer 33 weken door gedoseerd, daarna in overleg met de MDL-arts en afhankelijk van de activiteit van de chronische darmziekte.

Over het gebruik van ustekinumab (Stelara®), vedolizumab (Entyvio®) en golimumab (Simponi®) zijn onvoldoende gegevens bekend met betrekking tot veiligheid tijdens de zwangerschap, in overleg met de behandelend arts wordt dit middel gedurende de zwangerschap wel/niet gecontinueerd.

Tijdens het gebruik van ustekinumab (Stelara®) dien je goede anticonceptie te gebruiken tijdens en tot 15 weken na het gebruik van dit medicijn. Hierbij geldt de opmerking, bespreek een eventuele kinderwens met de behandelend MDL-arts en/of de IBD-verpleegkundige. Het liefst ruim vóór de zwangerschap.

Onderzoeken tijdens de zwangerschap

Tijdens de zwangerschap kunnen verschillende onderzoeken noodzakelijk zijn om tot de juiste bepaling van de ziekte en de behandeling te komen.

- Endoscopie (colono- of sigmoïdoscopie): Het uitvoeren van een coloscopie heeft geen verhoogd risico en kan tijdens alle fasen van de zwangerschap worden uitgevoerd. De voorbereiding brengt geen risico's met zich mee
- Echo: Kan tot ongeveer 28-30 weken, nadien is het lastig te beoordelen
- MRI: Bij voorkeur geen MRI in het eerste trimester van de zwangerschap. Indien wel direct medisch noodzakelijk, dan bij voorkeur na het 1e trimester van de zwangerschap en in overleg met de MRI radioloog
- CT: Alleen in acute situaties en als MRI ontoereikend is

Operatie tijdens een zwangerschap

Tijdens de zwangerschap wordt geprobeerd een operatie te vermijden, maar in geval van nood kan dit wel. Als het ziekteverloop te veel gevaar oplevert voor moeder en kind, kan een operatie noodzakelijk zijn.

Controles tijdens de zwangerschap

De kans op een opvlamming van de darmziekte tijdens uw zwangerschap is afhankelijk van de medicijnen die u blijft gebruiken. Zonder medicijnen wordt de kans op een opvlamming geschat op 20-30%. Dit is vergelijkbaar met de kans buiten de zwangerschap. Omdat het lastig kan zijn om signalen van een opvlamming vroegtijdig op te sporen bij zwangere vrouwen, wordt geadviseerd om onder controle te staan van een gynaecoloog in samenwerking met een MDL-arts. Bij controles wordt gericht naar uw klachten gevraagd, zodat de behandeling kan worden aangepast als uw klachten verergeren.

Bij vrouwen met een actieve darmziekte wordt extra echoscopische controle op de groei van het ongeboren kind aanbevolen.

Tijdens de zwangerschap kunnen bepaalde medicijnen andere spiegels in het bloed veroorzaken. Dit kan een reden zijn om vaker poliklinisch te controleren en bloed te prikken.

Bevalling

Kan ik normaal bevallen of krijg ik een keizersnede?

Of de bevalling vaginaal of via een keizersnede plaatsvindt, bepaalt de gynaecoloog samen met de MDL-arts en is afhankelijk van uw persoonlijke situatie.

De bevalling zelf verloopt bij vrouwen met een chronische darmziekte niet anders dan bij vrouwen zonder deze ziekte. In bijzondere situaties wordt er overlegd tussen de behandelend gynaecoloog en de MDL-arts. Een keizersnede wordt alleen geadviseerd bij een actieve darmziekte rondom de anus (perianaal) of bij een gecompliceerd probleem van fistelvorming. In overige situaties hangt de besluitvorming rondom de bevalling af van gynaecologische argumenten.

Vrouwen met een pouch die gaan bevallen, komen in de regel in aanmerking voor een keizersnede. Dit met het oog op incontinentieklachten op langere termijn na een vaginale baring. Een knip (episiotomie) of scheurtje (ruptuur) kunnen ook de kans hierop vergroten.

Borstvoeding

IBD-medicatie levert in het algemeen weinig gezondheidsrisico's op voor de baby. Het gebruik van de 5-ASA preparaten Mesalazine (Mezavant®), Asacol®, Pentasa®) e.d.) en Sulfasalazine is veilig tijdens de periode van borstvoeding.

Bij corticosteroïden (Prednison en Budesonide) is het advies te wachten met borstvoeding tot vier uur na inname.

Er zijn medicijnen – zoals Azathioprine (Imuran®), 6-MP (Purin-Nethol®), Anti-TNF medicatie (Remicade®/Inflixtra® en Humira®) – waarvan lichte sporen/spiegels in de moedermelk gevonden zijn. Hiervan zijn in meerdere onderzoeken echter geen nadelige effecten op het kindje beschreven.

Over tioguanine (Thiosix®) zijn te weinig gegevens bekend.

Over Allopurinol is nog weinig bekend. Het gaat over in de moedermelk, consequenties zijn nog niet bekend. Het advies is om tijdens het gebruik van Allopurinol geen borstvoeding te geven.

Ook over het gebruik van ustekinumab (Stelara®), vedolizumab (Entyvio®) en golimumab (Simponi®) is nog weinig bekend. Het advies is om tijdens gebruik van deze medicijnen geen borstvoeding te geven.

Let op: als u methotrexaat gebruikt, mag u géén borstvoeding geven!

Kans op overdragen van een chronische darmontsteking

Er zijn aanwijzingen dat kinderen van een ouder met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa een iets verhoogde kans hebben om deze ziekte ook te krijgen.

Bij 1 ouder met de ziekte van Crohn is dit risico met 2-3 % verhoogd.

Bij 1 ouder met colitis ulcerosa is het risico verhoogd met 0.5-1 %.

Als beide ouders de een chronische darmontsteking hebben, is het risico groter.

Screening is niet zinvol, omdat bij het ontstaan van colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn naast een erfelijke factor ook omgevingsfactoren een rol spelen en behandeling pas plaatsvindt bij klachten.

Tot slot

De combinatie zwangerschap en een chronische darmziekte vraagt speciale voorzorgsmaatregelen en controle. Het is belangrijk dat u goede begeleiding krijgt van de MDL-arts, IBD-verpleegkundige en de gynaecoloog.

Informatie

Website: crohn-colitis.nl

Website: www.stomavereniging.nl

Website: www.lalecheleague.nl (bij vragen over borstvoeding)