



Herzlich Willkommen

Interaktiver Workshop
IBD und Schwangerschaft
Dritë Rushiti & Claudia Bieger



Workshop 24.10.24 IBD und Schwangerschaft Dritë Rushiti & Claudia Bieger





Einleitung:

Warum ist dieses Thema relevant für die Betreuung von IBD-Patienten:innen?

Es besteht eine hohe Anzahl an jungen Menschen, die an IBD erkrankt sind und die mit der Frage des Kinderwunsches konfrontiert sind > etwa 25% der Frauen nach Diagnosestellung sind davon betroffen

IBD-Betroffene sind eher kinderlos (bis zu 38% vs 6%) zur Normalbevölkerung

Unsere Message:

Angemessene Aufklärung für alle Patienten mit IBD im gebärfähigen Alter

Torres J et al. J Crohns Colitis 2022 Mahadevan U et al. Gastroenterology 2021 Laube R et al. J Crohns Colitis 2020 Walldorf J et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2018 Ng et al Lancet 2017







Fragen von IBD- Patient:innen

- Wird meine IBD- Erkrankung meine Fruchtbarkeit beeinflussen?
- Muss die immunsupprimierte Therapie vor oder während der Schwangerschaft gestoppt werden?
- Wie hoch ist das Rückfallrisiko während der Schwangerschaft?
- Wird meine IBD Erkrankung Auswirkungen auf das Ungeborene haben?
- Wird meine medikamentöse Therapie einen Einfluss auf das Ungeborene haben?
- ❖ Kann ich vaginal gebären?
- Kann ich mein Kind stillen?





Wird meine IBD- Erkrankung meine Fruchtbarkeit beeinflussen?

Keine verringerte Fertilität in Remission

Aktive Erkrankung ♀: verringerte Fertilität (entzündliche Veränderungen an Tuben/Ovarien, Depression, verringerte Libido, Dyspareunie, Mangelernährung) ♂: Spermienmotilität

Medikamente ♀: ♂: MTX, JAKs, S1P (teratogen) kontraindiziert

♂: Sulphasalazine, MTX, Filgotinib: Beeinträchtigung der Spermatogenese, Spermienmotilitätund Konzentration.

<u>Operationen</u> ♀ ♂: IBD-bedingte Beckenbodenoperationen (ileal pouch-anal anastomosis (IPAA)) führen zu einer verminderten Fruchtbarkeit, Laparoskopischer Ansatz bevorzugt

Torres J et al. J Crohns Colitis 2022 Mahadevan U et al. Gastroenterology 2021 Laube R et al. J Crohns Colitis 2020 Walldorf J et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2018 Ng et al Lancet 2017



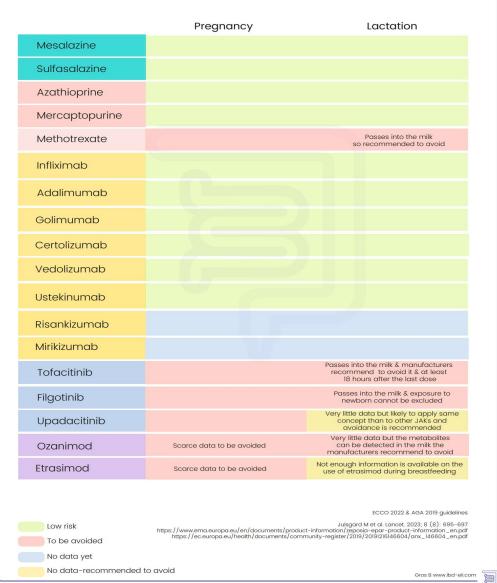
Swiss Research and Communication Network on Inflammatory Bowel Disease

Muss währe

sie empfehle Medikation für eine Fri

Piano Global Consens

IBD THERAPIES PREGNANCY & LACTATION





/or oder
werden?

n Einklang und die biologische öht das Risiko ktion erhöht.

ξer





Wie hoch ist das Rückfallrisiko während der Schwangerschaft?

Gibt es einen optimalen Zeitpunkt, um schwanger zu werden?

CU-Rückfall während der Schwangerschaft häufiger als MC (OR: 3,71, 95 %-KI: 1,86–7,40)

Dänische Kohorten Studie: eine Krankheitsaktivität innerhalb von 6 Monaten vor der SSW ist ein Hauptprädiktor für kontinuierliche Aktivität während der Schwangerschaft

Message: Eine Schwangerschaft kann das Risiko eines Rückfalls erhöhen, wenn die IBD-Krankheit davor aktiv ist. Eine Remission 6 Monate vor der Schwangerschaft wird empfohlen.

> Mahadevan et al.Gastroenterology 2021 Hashash JG et al. Gastroenterol Hepatology 2015 Pedersen N et al. Aliment Pharmacol Ther. 2013 Abhyankar A et al. Aliment Pharmacol Ther. 2013





Wird meine IBD-Erkrankung Auswirkungen auf das Ungeborene haben?

Keine Entwicklungsstörungen/angeborene Anomalien

• 2-faches ↑ Risiko niedriges Geburtsgewicht (< 2500 g) und Frühgeburt (< 37 Wochen)

Eine aktive Erkrankung während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für: eine Fehlgeburt, Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, Totgeburt, niedriger APGAR Score, Intensivbehandlung

Message: Remission erreichen, aufrechterhalten und gute Ernährung

Torres J et al. J Crohns Colitis 2022 Mahadevan U et al. Gastroenterology 2021 Laube R et al. J Crohns Colitis 2020 Walldorf J et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2018 Ng et al Lancet 2017





Wird mein Kind an IBD erkranken?

Message: Geringes Risiko, Patienten sollten nicht eingeschüchtert werden

IBD	1 parent with IBD	Both parents with IBD	Siblings with IBD
Crohn	~ 5%	30%	2-3%
Colitis	~ 3%	30%	0,5-1%

Torres J et al. J Crohns Colitis 2022 Mahadevan et al. Gastroenterology 2017 Joossens M et al. Infamm Bowel Dis 2010





Kann ich vaginal gebären?

Wissenswertes für die Entscheidungsfindung:

Doppelt so viele Sectio im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung > meist ungerechtfertigte Ängste

Planung: geburtshilfliche Überlegungen und im multidisziplinären Team diskutiert

Geplante Sectio empfohlen:

- Aktive perianale oder rektale Erkrankung
- Offene oder frühere rektovaginale Fistel
- relative Kontraindikation für vagninale Geburt: IPAA/J-Pouch
- ↑ Risiko für venöse Thromboembolien nach der Geburt:
 - Sectio ist ein erheblicher Risikofaktor

Cornish JA et al. Dis Colon Rectum 2007 Nguyen GC et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009 Foulon A et al. Infamm Bowel Dis 2017 Mahadevan U et al. Gastroenterology 2019





Kann ich mein Kind stillen?

Worauf muss ich beim Neugeborenen achten? Impfen, Infektrisiko

Ja, die meisten Medikamente sind kompatibel:

Ecco-Guidelines:

Statement 35

Medikamente, die während der Schwangerschaft als risikoarm gelten, gelten auch während der Stillzeit als risikoarm und sind daher weiterzugeben.

Conclusion: Medikamentenspiegel bei gestillten Kindern sind fast identisch mit dem der Mutter > deshalb gilt: Infektprophylaxe (Umfeld impfen, Nahrungsmittelhygiene) und Lebendimpfungen erst 6 -12 Monate nach dem Abstillen, je nach Medikamentenspiegel beim Kind

Statement 36

Stillen scheint die Krankheitsaktivität von Patientinnen nicht zu beeinflussen

Conclusion: Studien ob Stillen vor einer IBD-Entstehung schützt sind nicht eindeutig

Goulden B et al. Rheumatology 2022 Flanagan E et al. Aliment Pharmacol Ther 2022 Julsgaard M et al. Aliment Pharmacol Ther 2021 Flanagan E et al. Aliment Pharmacol Ther 2020 Julsgaard M, Gastroenterology 2016 Cheent et al. J Crohn's Colitis 2010





Remission vor der Schwangerschaft erreichen

Die Medikation während der Schwangerschaft beibehalten

Niedrig dosiertes Aspirin empfehlen

Einen Schub aktiv managen



Beratung vor der Schwangerschaft anbieten

Nicht für jede Patientin einen Kaiserschnitt einplanen

Stillen ermutigen

Die psychische Gesundheit nach der Geburt überwachen





Take Home Message

Methotrexat ist bei Frauen und Männer mit Kinderwunsch verboten und muss bereits im Vorfeld abgesetzt werden (mind. 6 Monate) JAK (Xeljanz ®=Tofacitinib, Jyseleca®= Filgotinib ,Rinvoq®= Upadacitinib),und S1P (Zeposia®= Ozanimod) sind kontraindiziert

S1P=teratogen eingestuft

Neugeborene erst ab 6-12 Monaten mit Lebendimpfstoffen impfen, gestillte Neugeborene erst 6-12 Monaten nach Exposition oder bis Medikamentenspiegel bei Kindern nicht nachweisbar sind > Info durch Eltern an Kinderarzt:in

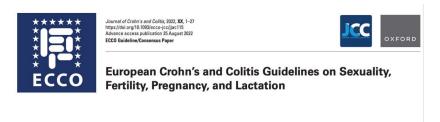




Nützliche Infos:

Link: embryotox.de

Broschüre: Dr. Falk, IBD und Schwangerschaft







und schon sind 20 Minuten um

Danke für euer Interesse und eure Aufmerksamkeit