

# Zwangerschap en IBD

## Ziekte van Crohn en colitis ulcerosa

U heeft een kinderwens en de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa. Er kunnen dan veel vragen op u afkomen. U vraagt zich dan misschien af of u wel zomaar zwanger mag worden als u bepaalde medicatie gebruikt. Kunnen de medicijnen schadelijk zijn voor het ongeboren kind? En hoe zit het met het geven van borstvoeding, mag dat wel? In deze folder proberen wij hierover wat meer duidelijkheid te geven.

### Zwangerschapswens

Bij een zwangerschapswens is het van groot belang om dit tijdig te bespreken met uw MDL-arts en/of verpleegkundig specialist. Het liefst ruim voor de zwangerschap.

De ziekte van Crohn of colitis ulcerosa hoeft een zwangerschap niet in de weg te staan. Wel is de kans op zwanger te worden het grootst als de ziekte rustig is. Tijdens een actieve fase van de ziekte kan de vruchtbaarheid afnemen. Ook kan een actieve ziekte de uitkomst van een eventuele zwangerschap negatief beïnvloeden.

### Zwanger worden

Er is geen verminderde vruchtbaarheid bij vrouwen waarbij de ziekte in een rustige fase is. Een actieve ziekte lijkt de vruchtbaarheid bij vrouwen te verminderen. Dit komt voornamelijk doordat, in een periode van actieve ontsteking, de menstruatiecyclus verstoord kan zijn. Bij sommige vrouwen is dit 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.

Over het algemeen heeft medicatie geen invloed op de vruchtbaarheid of zwangerschapswens. Uitzondering hierbij is het gebruik van Methotrexaat. Dit medicijn is absoluut niet toegestaan voorafgaand en tijdens de zwangerschap. Advies hierbij is om tenminste zes maanden voor de bevruchting hiermee te stoppen. Dit in verband met het

risico op aangeboren afwijkingen bij het kindje. Dit geldt bij gebruik door mannen en vrouwen.

Ook Tofacitinib is niet toegestaan voorafgaand en tijdens de zwangerschap.

Vrouwen die een ileo- of colostoma hebben kunnen gewoon zwanger worden. Eventuele verklevingen door operaties in het buikgebied kunnen sommige vrouwen parten spelen. Het is wel mogelijk dat tijdens de zwangerschap praktische problemen kunt krijgen van de stoma. In dit geval wordt u door ons doorverwezen naar de stomaverpleegkundige voor verdere begeleiding hierin.

Een vrouw met een ileoanale pouch (reservoir gemaakt van het laatste deel van de dunne darm, aangesloten op de anus) kan zwanger worden. Echter is gebleken dat na het aanleggen van een pouch de vruchtbaarheid is afgenomen vergeleken met vrouwen met IBD die niet zijn geopereerd.

### Mannen met IBD en een kinderwens

In principe geldt voor mannen hetzelfde als voor vrouwen. De vruchtbaarheid is bij een rustig verlopende ziekten niet anders dan bij gezonde mannen

Wel kunnen sommige medicijnen invloed hebben op de zaadkwaliteit. Daarom is het belangrijk om een actuele zwangerschapswens te bespreken met uw MDL-arts en/of verpleegkundig specialist.

#### Almelo

Zilvermeeuw 1  
Postbus 7600  
7600 SZ Almelo

#### Hengelo

Geerdinksweg 141  
Postbus 546  
7550 AM Hengelo

 [facebook.com/ZGTinfo](https://facebook.com/ZGTinfo)

 [twitter.com/ZGT\\_info](https://twitter.com/ZGT_info)

 [linkedin.com/company/zgt](https://linkedin.com/company/zgt)

 [youtube.com/user/ZGTinfo](https://youtube.com/user/ZGTinfo)

 [zgt.nl](https://zgt.nl) - [zgt.nl/mijnzgt](https://zgt.nl/mijnzgt)

Sulfasalazine heeft invloed op de zaadkwaliteit. Mannen kunnen hierdoor tijdelijk verminderd vruchtbaar zijn. Na het stoppen van de ze medicatie gaat dit niet meer op en is de zaadkwaliteit gewoonlijk na twee tot drie maanden weer als vanouds. De medische voorgeschiedenis speelt een rol bij mannen. Mannen met bijvoorbeeld een ileoanale pouch (reservoir gemaakt van het laatste deel van de dunne darm, aangesloten op de anus) kunnen minder vruchtbaar zijn. Het is daarom belangrijk om de beslissing wel of niet opereren goed met uw MDL-arts te bespreken.

### Zwangerschap

Uit onderzoek is gebleken dat een zwangerschap, die in een rustige fase van de ziekte is ontstaan, meestal een gunstig effect heeft op het verdere verloop van de ziekte. Als de ziekte actief is aan het begin van de zwangerschap, dan blijft de ziekte zonder aangepaste behandeling meestal actief tijdens de gehele zwangerschap. Ongeveer een derde van de vrouwen met IBD krijgt tijdens de zwangerschap een verhoogde activiteit van de ziekte. Dit is ongeveer hetzelfde risico voor niet zwangeren met IBD. Na de zwangerschap krijgt vier op de tien vrouwen met IBD vaak een opvlamming van hun ziekte.

Het is belangrijk om zwanger te worden als de ziekte rustig is! Zo wordt de kans op een opvlamming verkleind.

Bij een zwangerschap die tijdens een opvlamming is ontstaan, is de kans aanzienlijk verhoogd op het krijgen van een miskraam, vroeggeboorte en een laag geboortegewicht. Aangeboren afwijkingen van het kind komen echter niet aantoonbaar vaker voor bij patiënten met IBD dan bij personen zonder deze ziekte.

### Medicatie tijdens zwangerschap

Het is belangrijk om de meeste medicatie gewoon voort te zetten tijdens een zwangerschap. Het is dus niet waar dat

stoppen van de medicatie de kans op complicaties voor het kind vermindert. Een actieve darmziekte brengt juist meer risico's met zich mee. Echter voor sommige medicijnen zijn aanpassingen nodig tijdens de zwangerschap. Van bepaalde medicijnen weten we onvoldoende over het gebruik tijdens de zwangerschap. Vooral effecten op de lange termijn zijn onbekend.

Voor iedere vrouw met een kinderwens geldt het advies om foliumzuur te gebruiken: 1 keer per dag 0.5 mg, voorafgaand aan de zwangerschap en tijdens de eerste twaalf weken (eerste trimester).

In sommige situatie kan een hogere dosis gebruikt worden:

- Bij gebruik van Sulfasalazine
- Bij aanwijzingen op een voedingsdeficiëntie (=een tekort aan voedingsstoffen die voor het functioneren van het lichaam nodig zijn) als gevolg van de activiteit van de ziekte

Het is het beste om in het derde trimester te stoppen met Anti-TNF (Infliximab en Adalimumab). Als de ziekte te actief is dan kan in overleg dit wel gewoon doorgegeven worden.

### 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.

Op dat moment wegen de risico's van het niet optimaal kunnen behandelen zwaarder dan de mogelijk risico's van het onderzoek zelf.

Een colonoscopie kan met een kleine dosering van pijnstilling en sedatie veilig worden uitgevoerd. Afhankelijk van waar de ziekte is gelokaliseerd heeft de sigmoïdoscopie wel de voorkeur omdat deze minder belastend is voor de patiënt.

Voor beeldvormend onderzoek, zoals MRI, geldt dat dit in het tweede of derde trimester is toegestaan.

### **Operatie tijdens zwangerschap**

Tijdens de zwangerschap wordt geprobeerd om een operatie te vermijden, maar in geval van nood kan dit wel. Als het ziekteverloop te veel gevaar oplevert voor moeder en kind, dan kan een operatie noodzakelijk zijn. Vaak wordt dan een tijdelijk stoma aangelegd om complicaties te voorkomen.

### **Controles tijdens de zwangerschap**

De kans op een opvlamming van de ziekte is tijdens een zwangerschap afhankelijk van het gebruik van medicatie. Zonder medicatie wordt de kans geschat op 20 – 30%. Dit is vergelijkbaar met de kans buiten de zwangerschap op een opvlamming. Omdat het lastig kan zijn om signalen van een opvlamming vroegtijdig te herkennen bij zwangere vrouwen, wordt geadviseerd om onder controle te staan van een gynaecoloog en MDL-arts en/of verpleegkundig specialist. Bij controles zal gericht naar uw klachten worden gevraagd zodat de behandeling aangepast kan worden als u klachten verergeren. Bij vrouwen met activiteit van de ziekte raden wij aan om extra echo-onderzoek uit te voeren voor controle op de groei van het ongeboren kind aanbevelen.

### **Bevalling**

De manier van bevallen dat bespreekt u samen met uw gynaecoloog. De ziekte alleen is geen reden voor een keizersnede. Wel kan de activiteit van de ziekte of eerdere operaties een reden zijn om daar toch voor te kiezen. Echter in sommige situaties raden wij een keizersnede aan:

- Activiteit van de ziekte of eerdere operaties.
- Een actieve ziekte rondom de anus (perianaal) of bij een gecompliceerd probleem van fistelvorming.
- Vrouwen met een pouch. Dit heeft te maken met incontinentieklachten (op langere termijn) na een vaginale bevalling. De kans hierop is grote na inknippen of bij inscheuren.

### **Borstvoeding**

In principe kan gewoon borstvoeding gegeven worden. Dat is goed voor het kindje op de lange en korte termijn en mogelijk beschermt borstvoeding tegen het ontwikkelen van IBD. Echter de risico's verschillen per persoon en zullen wij dit ook specifiek aandacht geven op de polikliniek. Er zal dan o.a. gekeken worden naar medicatie gebruik en welk medicijn u wel of niet kunt gebruiken bij borstvoeding. Bij gebruik van Methotrexaat of Tofacitinib mag u geen borstvoeding geven.

### **Erfelijkheid**

Er zijn aanwijzingen dat kinderen met een ouder met IBD een iets verhoogde kans hebben om IBD te krijgen. Uit onderzoek blijkt dat je 1,6 - 5% kans hebt om IBD door te geven aan je kindje, wanneer één ouder IBD heeft. Als beide ouders IBD hebben, is de kans wel iets groter.

### **Aandachtspunten bij pasgeborenen**

Bij baby's waarvan de moeder tijdens de zwangerschap biologische geneesmiddelen heeft gebruikt, kunnen in de eerste zes maanden biologische geneesmiddelen voorkomen in hun bloed. Dit heeft geen invloed op de baby, omdat de hoeveelheid klein is.

Niet levende vaccins, zoals de vaccins uit het rijksvaccinatieprogramma DKTP, kunnen zonder verhoogd risico worden gegeven. Levende vaccins, zoals Rota virus, orale polio, BCG-vaccinaties en BR, dienen pas gegeven te worden als de biologische geneesmiddelen niet meer in het bloed van de baby voorkomen.

De BCG-vaccinatie wordt pas gegeven vanaf de leeftijd van 10 maanden, het Rota vaccin en het orale poliovaccin zijn geen onderdeel van het Rijksvaccinatieprogramma. Het MBR-vaccin wordt gegeven vanaf 14 maanden.

### **Vragen**

Heeft u naar aanleiding van deze folder vragen, neem dan contact op met het MDL-centrum via telefoonnummer 088 708 70 70.

### **Check uw dossier op MijnZGT**

MijnZGT is het patiëntenportaal van ZGT. U kunt op MijnZGT via uw computer, tablet of mobiel delen van uw medisch dossier inzien, persoonlijke gegevens checken, of bijvoorbeeld vragenlijsten invullen die wij voor u hebben klaargezet. Kijk voor meer informatie op: [zgt.nl/mijnzgt](https://zgt.nl/mijnzgt).