

INNERE MED3 Walldorf

Bahnhofstrasse 1-3

Dr. med. Torsten Schröder

Arzt für Innere
Medizin/Gastroenterologie

Immunsuppressive Therapie und Kinderwunsch

Ein Aussetzen der Schub und/oder remissionserhaltenden Therapie mit Ausnahme von Methotrexat sollte in der Schwangerschaft nicht vorgenommen werden. Eine aktive Erkrankung erhöht das Risiko für einen Verlust des Föten, für Totgeburten, Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht und Entwicklungsdefizite. Hieraus folgt, dass eine Konzeption bei CED- Patienten in der klinischen Remission angestrebt werden soll.

Die Daten zum Einfluss einer immunsuppressiven Therapie mit Thiopurinen oder Anti-TNF- α -Antikörpern auf den Verlauf einer Schwangerschaft sind nicht eindeutig. Ein kleines Risiko kann in den nicht sehr großen Studien nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der Risiken, die ein Rezidiv eine CED für die Schwangerschaft und die fötale Entwicklung mit sich bringt, sollte eine erfolgreiche remissionserhaltende Therapie nicht beendet, sondern während der Schwangerschaft fortgesetzt werden.

Der akute Schub ist wahrscheinlich das größte singuläre Risiko für eine Schwangerschaft. Nur Methotrexat muss wegen teratogener und embryotoxischer Effekte vor der Schwangerschaft abgesetzt werden. Die übrige remissionserhaltende Therapie kann fortgeführt werden. Details zur Embryotoxizität einzelner Medikamente können auf der Website des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charite (www.embryotox.de) abgerufen werden.

Eine frühere Diskussion, um ein Risiko bei Männern unter einer Thiopurintherapie, konnte in neueren Untersuchungen nicht gefunden werden, sodass die Thiopurinmedikation, bei Kinderwunsch auch bei Männern fortgeführt werden sollte.

Eine Therapie mit Sulfasalazin kann bei männlichen Patienten eine (reversible) Infertilität durch eine Beeinträchtigung der Samenqualität bewirken. Eine Sulfasalazintherapie sollte deshalb bei Männern mit Kinderwunsch abgesetzt werden.

Bei einer Empfängnis während einer Remissionsphase der Erkrankung erleidet etwa 1/3 der Patientinnen während der Schwangerschaft einen Schub. Bei einer Empfängnis im Zustand einer aktiven Erkrankung wird bei 2/3 der Patientinnen die Krankheitsaktivität weiter hoch bleiben oder sich bei einigen dieser Patientinnen sogar noch verschlechtern. Daher sollte eine geplante Schwangerschaft unbedingt in einer Remissionsphase angestrebt werden.

Die Daten zur medikamentösen Therapie beim Stillen sind nicht ganz einheitlich und es gibt hierzu keine sehr guten Untersuchungen. Mesalazin und Kortikosteroide können während der Stillzeit unter gründlicher Überprüfung der Indikation fortgeführt werden. Zur Konzentration von Azathioprin- oder 6-Mercaptopurinmetaboliten in der Muttermilch gibt es divergierende Untersuchungen.

Bei notwendiger Medikation in der Stillzeit mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat, Cyclosporin, Tacrolimus oder Anti-TNF- α -Antikörpern ist davon auszugehen, dass diese Substanzen in der Muttermilch nachgewiesen werden können. Hier ist eine Einzelfallabwägung vorzunehmen.

Weitere Informationen finden sie in den Leitlinien der DGVS Morbus Crohn und Colitis ulzerosa; <http://www.dgvs.de/leitlinien/leitlinien-der-dgvs>.