een santeon ziekenhuis

IBD en zwangerschap

Als u de komende 2 jaren een zwangerschapswens heeft of vragen over medicatie en zwangerschap raden wij u aan om dit zo vroeg mogelijk te bespreken met uw MDL-arts en/of MDL-verpleegkundige.

In deze informatie proberen we antwoord te geven op veelgestelde vragen over onder andere kinderwens, zwangerschap en bevalling met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa.

Zwanger worden

Hieronder vindt u antwoorden op veelgestelde vragen over IBD en zwanger worden.

Heeft de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa gevolgen voor mijn vruchtbaarheid?

Vrouwen

Meestal zijn vrouwen met een chronische darmziekte niet minder vruchtbaar. Bij sommige vrouwen is dit wel het geval, bijvoorbeeld bij vrouwen die operaties hebben ondergaan in de onderbuik (het gebied van het kleine bekken). Een actieve darmziekte lijkt de vruchtbaarheid bij vrouwen te verminderen. Dit komt voornamelijk doordat, in periode van actieve ontsteking, de menstruele cyclus verstoord kan zijn. Uit onderzoek blijkt ook dat een zwangerschap die in een rustige periode van de darmziekte is ontstaan, meestal een gunstig effect heeft op het verdere verloop van de ziekte tijdens de zwangerschap.

Let op: Over het algemeen heeft de medicatie geen invloed op de vruchtbaarheid of zwangerschap. De belangrijkste uitzondering daarop is het gebruik van methotrexaat. Dit medicijn is absoluut niet toegestaan voorafgaand aan of tijdens de zwangerschap. U dient tenminste 6 maanden voor de bevruchting te stoppen met methotrexaat. Dit in verband met het risico op aangeboren afwijkingen bij het kindje. Dit geldt bij gebruik door mannen en vrouwen.

Bespreek altijd uw individuele situatie met uw MDL-arts en/of MDL verpleegkundige. Het liefste ruim voor de zwangerschap (-wens). Dan bekijken zij welke medicijnen u wel of niet kunt gebruiken. Soms is het nodig om medicijnen te stoppen of aan te passen.

Mannen

In principe geldt voor mannen hetzelfde als voor vrouwen: de vruchtbaarheid is bij een rustig verlopende darmziekte niet anders dan bij gezonde mannen.

Medicijnen

Wel kunnen sommige medicijnen invloed hebben op de zaadkwaliteit. Daarom is het belangrijk om een actuele kinderwens met de MDL-arts en/of MDL verpleegkundige(n) te bespreken.

Sulfasalazine heeft invloed op de zaadkwaliteit. Mannen kunnen hierdoor tijdelijk verminderd vruchtbaar zijn. Na het stoppen van deze medicatie gaat dit niet meer op en is de zaadkwaliteit gewoonlijk na 2 tot 3 maanden weer als vanouds.

Ook voor mannen geldt dat u moet stoppen met het gebruik van methotrexaat minstens 6 maanden voor de bevruchting.

De medische voorgeschiedenis speelt ook bij mannen een rol. Mannen met bijvoorbeeld een ileoanale pouch (een reservoir gemaakt van het laatste deel van de dunne darm, aangesloten op de anus) kunnen minder vruchtbaar zijn.

Kan ik zwanger worden met een pouch?

Een vrouw met een pouch kan zwanger worden. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt wel dat na het aanleggen van een pouch, de vruchtbaarheid afneemt in vergelijking met vrouwen met colitis ulcerosa die niet zijn geopereerd.

Kan ik zwanger worden met een stoma?

In principe kan een vrouw met een colo- of ileostoma gewoon zwanger worden. Wel kunnen eventuele verklevingen als gevolg van operaties vrouwen parten spelen. Het is ook mogelijk dat u tijdens de zwangerschap praktische klachten krijgt van het stoma. Mocht dit het geval zijn, dan kunnen we u doorverwijzen naar de stomaverpleegkundige(n).

Zwanger zijn

Hieronder vindt u antwoorden op veelgestelde vragen over IBD en zwanger zijn.

Wat voor invloed heeft de zwangerschap op mijn ziekte?

Zoals eerder genoemd, weten we dat een zwangerschap die is ontstaan in een rustige periode van de ziekte, meestal een gunstig effect heeft op het verdere verloop van de ziekte tijdens de zwangerschap. Als de darmziekte actief is bij het begin van de zwangerschap, dan blijft de ziekte (zonder aangepaste behandeling) meestal actief tijdens de hele zwangerschap. Ongeveer 1 op de 3 vrouwen met IBD krijgt tijdens de zwangerschap een opvlamming. Dit is ongeveer evenveel als normaal; bij niet-zwangere vrouwen met IBD. Na de bevalling krijgen ongeveer 4 op de 10 vrouwen met IBD een opvlamming van hun ziekte.

Let op: Het is belangrijk om zwanger te worden als de ziekte rustig is!

Wat voor invloed heeft een actieve ziekte op mijn zwangerschap?

Bij een zwangerschap die tijdens een opvlamming van de ziekte is ontstaan, is de kans verhoogd op het krijgen van een miskraam, vroeggeboorte en/of een lager geboortegewicht. Aangeboren afwijkingen van het kind komen niet aantoonbaar vaker voor.

Hoe zit het met medicijngebruik tijdens de zwangerschap?

In het algemeen proberen we medicijngebruik tijdens de zwangerschap te verminderen. Het is alleen niet waar

dat stoppen met medicijnen, de kans op complicaties voor het kind vermindert. Een actieve darmziekte brengt juist meer risico's met zich mee. Vaak is het dan ook nodig om door te gaan met de medicijnen om de darmziekte rustig te houden.

Voor sommige medicijnen moet de dosering aangepast worden. Van bepaalde medicijnen weten we onvoldoende over het gebruik tijdens de zwangerschap; vooral effecten op langere termijn zijn soms onbekend. In het algemeen mogen de meeste medicijnen voor en na de zwangerschap gewoon gebruikt worden. Het gebruik van methotrexaat is absoluut **niet** toegestaan. Dit geldt voor mannen en vrouwen.

Indien u het geneesmiddel vedoluzimab of xeljanz (tofacitinib) gebruikt, is het advies om **niet** zwanger te worden of borstvoeding te geven, dit vanwege onvoldoende gegevens.

Foliumzuur

Voor iedere vrouw met een kinderwens geldt het advies om foliumzuur te gebruiken: 1x per dag 0,5 mg, voorafgaand aan de zwangerschap en tijdens de eerste 12 weken (eerste trimester).

In de volgende situaties kan een hogere dosis gebruikt worden:

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

Welke controles krijg ik tijdens de zwangerschap?

De kans op een opvlamming van de darmziekte tijdens de zwangerschap is afhankelijk van de medicijnen die u blijft gebruiken. Zonder medicijnen wordt de kans geschat op 20–30 %. Dit isvergelijk baar met de normale kans op een opvlamming (zonder zwangerschap). Het kan lastig zijn om signalen van een opvlamming meteen te herkennen bij zwangere vrouwen. Daarom is het goed om onder frequent gecontroleerd te worden door uw MDL-arts en/of MDL-verpleegkundige(n). Wij zullen u vragen om elke 2 maanden bloedonderzoek te doen.

Welke onderzoeken zijn toegestaan tijdens de zwangerschap?

Tijdens de zwangerschap kunnen verschillende onderzoeken noodzakelijk zijn om tot de juiste bepaling van de ziekte en de behandeling te komen. In de eerste 3 maanden van een zwangerschap proberen we bepaalde onderzoeken te vermijden, zoals een inwendig onderzoek van de darm (coloscopie of sigmoïdscopie) of een röntgenonderzoek. Maar soms zijn deze onderzoeken van groot belang. Dan wegen de voordelen van een goede behandeling op tegen de mogelijke risico's van het onderzoek. We kiezen er dan voor om het onderzoek toch uit te voeren.

In het 2e en 3e trimester van de zwangerschap is het veilig om een coloscopie (kijkonderzoek in de darm) uit te voeren. U krijgt dan een kleine dosering pijnstilling en slaapmiddel. De sigmoïdscopie (waarbij alleen het laatste stuk van de dikke darm bekeken wordt) heeft wel de voorkeur. Dit onderzoek is minder belastend voor u. De keuze voor een coloscopie of sigmoïdscopie hangt af van de plaats van de ontsteking.

Kan ik geopereerd worden als ik zwanger ben?

Tijdens de zwangerschap opereren we u liever niet, 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.

Bevalling en kind

Hieronder vindt u antwoorden op veelgestelde vragen over de invloed van IBD op de bevalling en het kind.

Kan ik normaal bevallen of krijg ik een keizersnede?

Dit bepaalt de gynaecoloog en is natuurlijk afhankelijk van uw persoonlijke situatie. Vanzelfsprekend vindt er overleg plaats tussen de gynaecoloog en de MDL-arts. Een chronische darmziekte 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.

De bevalling verloopt bij vrouwen met een chronische darmziekte niet anders dan bij vrouwen zonder deze ziekte. Een keizersnede wordt geadviseerd bij een actieve darmziekte rondom de anus (perianaal) of bij een gecompliceerd probleem van fistelvorming. Vrouwen met een pouch komen meestal in aanmerking voor een keizersnede. Dit heeft te maken met incontinentieklachten (op langere termijn) na een vaginale bevalling. De kans hierop is groter na inknippen of bij inscheuring.

Kan ik borstvoeding geven?

In principe kunt u gewoon borstvoeding geven. Dat is goed voor het kind op de korte en lange termijn en mogelijk beschermt borstvoeding tegen het ontwikkelen van IBD. De risico's verschillen per persoon. Daarom kunt u dit onderwerp het beste bespreken met uw MDL-arts, MDL verpleegkundige of gynaecoloog. Zij bekijken uw medicijngebruik op dat moment en vertellen u welk medicijn u wel of niet kunt gebruiken bij borstvoeding.

Let op: Bij het gebruik van methotrexaat mag u **géén** borstvoeding geven.

IBD en erfelijkheid

Ongeveer 5-23% van de patiënten met IBD heeft ook een familielid met deze ziekte. Er zijn aanwijzingen dat kinderen van een ouder met IBD een iets verhoogd risico hebben om deze ziekte ook te krijgen. Bij één ouder met de ziekte van Crohn is het risico 2-3%. Bij één ouder met colitis ulcerosa is het risico 0,5-1%. Als beide ouders IBD hebben, is het risico rond de 30%.

Voorzorgsmaatregelen en controles

Zwangerschap bij IBD vraagt om speciale voorzorgsmaatregelen en controles. Het is daarom belangrijk dat u zo vroeg mogelijk aan uw MDL-arts of MDL-verpleegkundige laat weten dat u een zwangerschapswens heeft. U kunt dan zo veilig mogelijk uw zwangerschap in.

Vragen

Heeft u na het lezen van deze informatie nog vragen, neemt u dan gerust contact op met de MDL-verpleegkundige(n) of MDL-arts.

Expertise en ervaring

U kunt bij ons terecht voor veelvoorkomende behandelingen, maar ook voor veel complexe ingrepen. Jaarlijks

behandelen wij ruim 11.000 patiënten op de poli en voeren wij gemiddeld 15.000 endoscopieën uit. Hiermee is ons MDL-centrum één van de grootste centra in Nederland.

Aandacht en persoonlijke zorg voor de patiënt staan centraal. Samen met u stellen we het best mogelijke behandelplan op. U krijgt altijd een vaste hoofdbehandelaar als aanspreekpunt. Deze behandelaar weet alles over uw behandeltraject en blijft hier nauw bij betrokken. Kankerpatiënten, hepatitispatiënten en patiënten met ontstekingsziekten van de darm (IBD) kunnen gedurende het hele traject begeleiding krijgen van een team van vaste verpleegkundigen.

Gerelateerde informatie

Specialismen

- Maag-Darm-Lever (MDL) (https://www.antoniusziekenhuis.nl/maag-darm-lever-mdl)

Contact Maag-Darm-Lever (MDL) **T 088 320 56 00**