

# Graviditet ved colitis ulcerosa og Crohns Sygdom

Colitis ulcerosa (blødende tyktarmsbetændelse) og Crohns sygdom (morbus Crohn, kronisk tarmbetændelse) er kroniske betændelsessygdomme i tarmen. Colitis ulcerosa kan give anledning til sårdannelser i slimhinden, i endetarmen (rectum) og tyktarmen (colon), mens Crohns sygdom kan medføre betændelsesforandringer i tyndtarmen (ileum), tyktarmen (colon) og sjældnere i andre dele af mavetarmkanalen (mund, spiserør, tolvfingertarm og mavesæk).

Patienter med disse sygdomme har ofte diarré, mavesmerter, blødning fra endetarmen og feber. Dårlig appetit og vægttab forekommer ofte. Betændelsesreaktioner kan også ses fra led, hud, øjne, mundhule og lever. Kræft kan i sjældne tilfælde forekomme i tynd- og tyktarm hos Crohn patienter, og i tyktarmen hos patienter med colitis ulcerosa som en alvorlig komplikation til langvarig aktiv sygdom. Sygdommene kan udbrude såvel hurtigt som "snigende", og kirurgisk behandling er undertiden nødvendig. Både colitis ulcerosa og Crohns sygdom opstår hyppigt hos unge, og kvinder får sygdommene lidt hyppigere end mænd. Det er vigtigt at vide, hvordan en graviditet påvirker sygdomsforløbet, og hvordan sygdommene påvirker graviditeten og fosteret. Spørgsmålene i dette afsnit er baseret på nyere viden om disse forhold, herunder undersøgelser omhandlende et stort antal gravide med colitis ulcerosa og Crohns sygdom.

## Har kvinder med colitis ulcerosa og Crohns sygdom sværere ved at blive gravide?

Som samlet gruppe, ja. Kvinder, som har haft besvær med at blive gravide, har sædvanligvis haft Crohns sygdom (især lokaliseret i tyktarmen) og ikke colitis ulcerosa. Problemet er oftest midlertidigt og skyldes næppe tillukkede æggeledere, men derimod symptomer på aktiv Crohns sygdom i form af feber, fistler og blodmangel. Hvis en kvinde med Crohns sygdom har svært ved at blive gravid, kan dette være udtryk for, at hun behøver en mere aktiv behandling af sin sygdom. I disse tilfælde er det en god idé at udskyde en planlagt graviditet, til symptomerne er under kontrol, og hun føler sig bedre tilpas.

## Vil graviditet forværre sygdomsaktiviteten hos en kvinde med colitis ulcerosa eller Crohns sygdom?

Enhver kvinde, som overvejer svangerskab, bør tage hensyn til sin helbredstilstand,

før hun bliver gravid. Den nyeste viden tyder på, at kvinder med sygdommene, hvad enten det er colitis ulcerosa eller Crohns sygdom, klarer sig godt under graviditeten, hvis sygdomsaktiviteten var i ro på tidspunktet for graviditetens indtræden. Derimod vil begge sygdomme have tilbøjelighed til at forblive aktive eller forværres, hvis graviditeten indtræder i en periode med aktiv sygdom. Denne forværring ses især i første trimester (3 måneder) ved colitis ulcerosa og i tredje trimester ved Crohns sygdom. Hvis sygdomsaktiviteten kan bringes i ro med lægemidler under graviditeten, vil kvindens helbred ofte være godt i resten af graviditeten.

## Hvilken indvirkning kan colitis ulcerosa og Crohns sygdom have på graviditeten, og kan fosteret skades pga. sygdommen?

Langt de fleste kvinder med disse sygdomme føder lige så normalt, og får lige så sunde børn som raske kvinder i den øvrige befolkning. De situationer, der af og til kan påvirke graviditeten, optræder overvejende hos kvinder med aktiv Crohns sygdom, hvor der er en vis forøget risiko for for-tidlig-fødsel, dødfødsel og abort. Hvis symptomerne bliver så udtalte, at de kræver kirurgisk behandling øges risikoen for fosteret også.

## Kan colitis ulcerosa og Crohns sygdom opstå første gang under graviditet?

Sygdommene kan opstå på alle tidspunkter i livet, og kan derfor også opstå under en graviditet. Når sygdommen opstår på dette tidspunkt, opfører sygdommen sig dog ikke anderledes, end hvis den opstår på andre tidspunkter.

## Er der risiko ved at tage Asacol<sup>®</sup>, Salazopyrin<sup>®</sup>, Dipentum<sup>®</sup>, Mesasal<sup>®</sup>, Pentasa<sup>®</sup>, og eller prednisolon (binyrebarkhormon) under graviditeten og amningen?

Det er naturligt, at den gravide kvinde og hendes læge ønsker at indskrænke brugen af lægemidler under graviditeten mest muligt for at undgå en eventuel skadevirkning på fosteret. Salazopyrin og Prednisolon er de lægemidler for colitis ulcerosa og Crohns sygdom, som vi har længst erfaring med. Der er dog intet, der tyder på en skadevirkning på fosteret, hvis moderen behandles med dette middel. Det samme er tilfældet med de nyere 5-aminosalicylsyre-holdige analoger til Salazopyrin, dvs. Asacol, Dipentum, Mesasal og Pentasa, omend erfaringerne endnu ikke er så omfattende som med

Salazopyrin. Tilskud af folinsyre anbefales under graviditeten ved Salazopyrinbehandling. Da den største risiko for fosteret er aktiv sygdom hos moderen og ikke medicinen, bør behandlingen med disse lægemidler ikke afbrydes, blot fordi graviditet er indtruffet. Hvis sygdomsaktiviteten forværres under graviditeten, kan de nævnte lægemidler bringes i anvendelse, og dosis kan forøges ved behov. Ligeledes kan Salazopyrin eller et af de tilsvarende midler benyttes til at sikre ro i sygdomsaktiviteten i resten af graviditeten og i ammeperioden.

## **Er bivirkningerne ved disse lægemidler større, når de anvendes under graviditet?**

Nej. Men Salazopyrin kan i nogle tilfælde give kvalme, som forstærker den kvalme, som ofte ses tidligt i graviditeten. Midlet kan endvidere give lidt halsbrand af samme type, som den der undertiden forekommer i de sidste måneder af svangerskabet.

## **Kan man amme, mens man er i behandling med disse lægemidler?**

Ja. Skønt Salazopyrin og de tilsvarende midler i et vist omfang udskilles i modermælken, skader dette ikke det ammede barn. Det samme gælder for prednisolon. Her bør dosis dog reduceres og behandling ophøre, så snart det er muligt, men det gælder jo, hvad enten patienten er gravid eller ej.

## **Hvorledes forholder det sig med de såkaldte immunsuppressive lægemidler som Imurel<sup>®</sup> - (Azathioprin), Puri-Nethol, (6-mercaptopurin) og Methotrexat. Kan de anvendes under graviditet?**

I dyreforsøg har disse midler haft fosterskadelig effekt, men ved Imurel (azathioprin) og Puri-Nethol (6-mercaptopurin) har man dog ikke konstateret en sådan effekt hos mennesker. Derfor og på baggrund af videre forskning, er man nu kommet frem med en anbefaling der siger, at det er forsvarligt såfremt det er nødvendigt for at holde sygdommen i ro, at forblive i behandling med Imurel (azathioprin) eller Puri-Nethol (6-mercaptopurin) under graviditet og amning. Det er til enhver tid vigtigt for både mor og barn at sygdommen er velbehandlet. Derimod er det farligt for fosteret, hvis man tager Methotrexat, og man skal ophøre med dette præparat, hvis graviditet planlægges. Tal med din læge, hvis du er i Methotrexat behandling og overvejer graviditet.

## **Biologiske Lægemidler (Remicade (Infliximab), Humira (Adalimumab), Cimzia (Certilizumab)). Kan de**

## anvendes under graviditet?

Langtidserfaring før og under graviditet og amning med de nye biologiske lægemidler (Remicade (Infliximab), Humira (Adalimumab) og Cimzia (Certilizumab)) er sparsomme vedrørende Crohn's sygdom og colitis ulcerosa. Dette gælder specielt Humira og Cimzia, som endnu ikke er registreret til Crohn's sygdom og colitis ulcerosa i Europa. Humira markedsføres hvis sundhedsstyrelsens vurdering er positiv efter planen i løbet af 2007 til behandling i Danmark. Remicade blev registreret til Crohn's sygdom i 1999 og til colitis ulcerosa i 2005. Derfor har man på nuværende tidspunkt større erfaring med Remicade behandling ved graviditet og amning end med Humira og Cimzia.

Man anbefaler, at der går mere end 6 måneder efter en endt behandling med biologiske lægemidler, før patienten bliver gravid. Skulle en graviditet imidlertid opstå anbefales dog ikke abort, da anti-TNF alfa antistoffet ikke passerer over fosterhinden og påvirker fosteret. Ved amning anbefales udmalkning, og amning kan påbegyndes 8 - 9 timer efter behandling pga. medicinens halveringstid. Større undersøgelser herom savnes dog.

## Kan provokeret abort komme på tale pga. sygdommens opblussen?

Nej, patienten behandles i stedet så intensivt med lægemidler, at man herigennem opnår kontrol med sygdomsaktiviteten.

## Hvilke undersøgelser af sygdommene kan anvendes under graviditet?

Kikkertundersøgelser af endetarm (rektoskopi), af tyktarmen (sigmoideoskopi og koloskopi) samt af mavesæk/tolvfingertarm (gastroskopi), eventuelt med vævsprøvetagning kan udføres i det omfang, det er nødvendigt for behandling af sygdommene. Til gengæld skal røntgenundersøgelser vente til efter fødslen.

## Kan operation foretages under graviditet?

Kirurgisk behandling bør så vidt muligt udskydes til efter fødslen. Hvis sygdomsaktiviteten er svær og ikke reagerer på medicinsk behandling, kan det dog være mere farligt ikke at operere. Dette er et spørgsmål om afvejning af risici. Der er foretaget vellykkede tarmresektioner (fjernelse af tarm) og endog anlæggelse af ileostomi hos gravide, men når indgreb i bughulen foretages, er der alt andet lige en forøget risiko for, at fosteret ikke vil overleve.

## Kan tidligere tarmoperationer have betydning for forløbet af graviditeten?

Tidligere tarmresektioner (fjernelse af et stykke tarm) hos patienter med Crohns sygdom ser ikke ud til at have betydning for forløbet af graviditeten. Da operationen sædvanligvis har afhjulpet symptomerne, vil patienten derimod ofte klare sig bedre under graviditeten, end hvis hun havde en "ulmende" sygdom. Kvinder med ileostomi kan i enkelte tilfælde få problemer i form af prolaps (fremfald) eller afklemning af ileostomien under graviditeten. Det har således været anbefalet, at udskyde graviditeten et år efter anlæggelse af ileostomi, skulle en graviditet opstå, anbefaler man dog ikke abort. Ved Crohns sygdom med komplikationer i form af bylder eller fisteldannelse ved endetarmen, bør kejsersnit overvejes. Kvinder, der har fået foretaget kolektomi (fjernelse af tyktarmen) med anlæggelse af ileoanal pouch ("ny" endetarm konstrueret af tyndtarm), har fortsat mulighed for at føde normalt, men hvorvidt kejsersnit er det mest hensigtsmæssige i det enkelte tilfælde må afgøres i samråd med kirurgen, gastroenterologen og fødselslægen.

## Hvis der under graviditeten sker opblussen af sygdommen, vil dette så også ske ved eventuelle senere graviditeter?

Nej, der er intet, der tyder på, at et bestemt forløb af sygdommene under graviditet vil gentage sig under efterfølgende graviditeter.

## Hvad er sandsynligheden for, at barnet vil få colitis ulcerosa eller Crohns sygdom?

Nyere undersøgelser viser at ca. 5-10% af børn født af en mor/far med Crohn's sygdom eller colitis ulcerosa, på et eller andet tidspunkt udvikler den ene eller de anden tarmsygdom. Hvis begge forældre har colitis ulcerosa eller Crohn's sygdom, stiger denne risiko til op mod 50%. Disse tal er højere, end hvad man tidligere regnede med. Men selv i familier med svære tilfælde, ses ikke noget klart "genetisk" arvemønster. Man kan således ikke forudsige, om barnet vil "arve" sygdommen fra sine forældre. Man skal dog langt fra fraråde et par at få børn, blot fordi en af forældrene har sygdommen.

## Skal gravide med colitis ulcerosa eller Crohns sygdom følge en speciel diæt eller kostplan?

Gravide med colitis ulcerosa og Crohns sygdom bør følge de samme råd om en velafbalanceret kost, som gælder for alle andre gravide, herunder hvad angår tilskud af vitaminer og mineraler.

## Kan følelsesmæssige forhold under graviditeten eller i tiden lige efter fødslen få sygdommen til at blusse op?

Følelsesmæssige forhold kan give anledning til forværring i tarmsymptomerne under graviditet, ligesom de kan på ethvert andet tidspunkt. Dette betyder imidlertid ikke, at stress er årsag til sygdommen. Tilsvarende er den første tid efter fødslen præget af mange forandringer, såvel legemligt som følelsesmæssigt, hvad der kan give anledning til, at tarmsymptomerne midlertidigt opleves som forværrede.