



Schwanger?

GEHT DAS?

Neun Antworten zum Thema Schwangerschaft
bei entzündlichen Gelenkserkrankungen

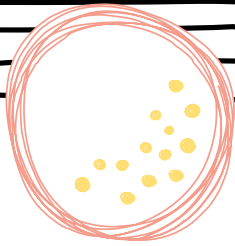
RA, PsA und axSpA



9 Monate - 9 Antworten

In der heutigen Zeit sind rheumatische Erkrankungen meist gut behandelbar und es ist für unsere Patientinnen immer besser möglich, ein normales Leben zu führen. Dazu gehört in vielen Fällen der Wunsch, eine Familie zu gründen. Als RheumatologInnen hören wir im Sprechzimmer oft Fragen über Schwangerschaft und Rheuma. Darum haben wir im Rahmen unseres ÖGR Arbeitskreises für Rheumatologie und Schwangerschaft die wichtigsten neun Fragen in dieser Broschüre für Sie ausgearbeitet.

Weitere Informationen und Anlaufstellen finden Sie auf unserer Homepage **www.rheumatologie.at**. Nutzen Sie außerdem die Möglichkeit, mit Ihren ÄrztInnen über die Thematik zu sprechen, sodass Sie bestmöglich auf Ihre Schwangerschaft vorbereitet sind.



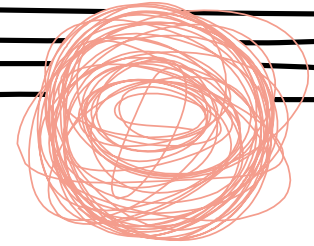
Ist meine Fruchtbarkeit beeinträchtigt?

Durch die Erkrankung wird die Fruchtbarkeit nicht grundsätzlich beeinträchtigt. Eine hohe Krankheitsaktivität und gewisse Medikamente, wie nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) oder Kortison, können aber dazu beitragen, dass Sie mehr Zeit brauchen, um schwanger zu werden. Am besten entsteht daher eine Schwangerschaft in einer Phase mit niedriger Krankheitsaktivität, wenn die Medikamente optimal auf den Kinderwunsch abgestimmt sind.



Kann ich meine Erkrankung an mein Kind vererben?

Bei entzündlichen Gelenkserkrankungen handelt es sich um „multifaktorielle Erkrankungen“. Das bedeutet, dass nicht nur der genetische Hintergrund eine Rolle spielt, sondern zusätzlich auch verschiedene Umweltfaktoren maßgeblich an der Krankheitsentstehung mitwirken. Unter allen entzündlichen Gelenkserkrankungen ist das Wiederholungsrisiko für Kinder bei der axialen Spondyloarthritis am höchsten, allerdings liegt dieses auch nur bei ca. 12%. Eine sinnvolle genetische Testung gesunder Kinder kann daher nicht angeboten werden.

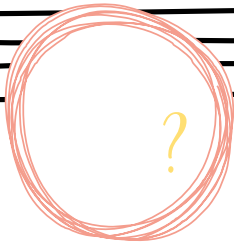


Habe ich ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen?

Das normale Risiko für kindliche Fehlbildungen beträgt beim Menschen ~3%, das normale Fehlgeburtsrisiko im ersten Schwangerschaftsdrittel liegt bei durchschnittlich 15%. Ungefähr 10% der Kinder kommen in Österreich zu früh zur Welt. Bei Frauen mit chronischen Erkrankungen oder bei Medikamentenbedarf in der Schwangerschaft besteht die Gefahr, dass die Erkrankung oder Medikamente fälschlicherweise automatisch als Ursache für die ganz normalen Risiken angesehen werden.

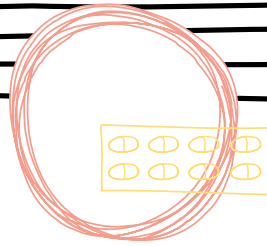
Bei der rheumatoiden Arthritis konnte ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht festgestellt werden. Aber auch hier besteht ein Zusammenhang mit einer erhöhten Krankheitsaktivität in der Schwangerschaft. Bei den Spondyloarthritis sind die Daten widersprüchlich. Bei gut eingestellter Erkrankung ist das Risiko für Komplikationen aber wahrscheinlich nicht erhöht. Es gilt daher, die Risiken einer unzureichend therapierten Erkrankung einerseits mit den Risiken einer medikamentösen Therapie andererseits gegeneinander abzuwägen.

RA: Rheumatoide Arthritis
axSpA: axiale Spondyloarthritis
PsA: Psoriasis-Arthritis



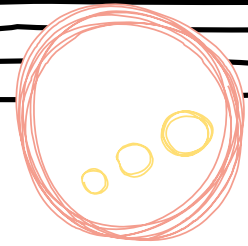
Wie wirkt sich die Schwangerschaft auf meine Erkrankung aus?

Die Arthritis (Entzündung der Gelenke) wird durch die Schwangerschaft eher positiv beeinflusst. Beim entzündlichen Rückenschmerz kann es insbesondere um die 20. Schwangerschaftswoche herum gelegentlich zu einer Verschlechterung der Beschwerden und zu einem erhöhten Therapiebedarf kommen.



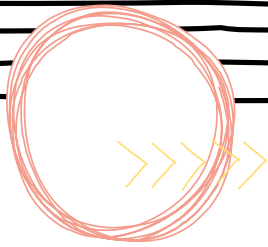
Welche Therapien sind rund um die Schwangerschaft möglich?

Grundsätzlich gilt es, die bestehende Basistherapie bereits bei Kinderwunsch mit dem/der FachärztIn zu besprechen. Viele medikamentöse Therapien sind schwangerschaftsverträglich und mit dem Stillen vereinbar. NSARs können z.B. im ersten und zweiten Drittel der Schwangerschaft und in der Stillzeit eingenommen werden. Dabei sind Präparate wie Ibuprofen und Diclofenac zu bevorzugen. Kortison ist in Schwangerschaft und Stillzeit bei aktiver Erkrankung Mittel der Wahl, sollten aber möglichst kurzfristig und niedrig dosiert angewandt werden. Basismedikamente wie Sulfasalazin (SSP), Hydroxychloroquin und Azathioprin sind ebenfalls während der Schwangerschaft und in der Stillzeit akzeptabel. Bei schwerwiegenden Krankheitsverläufen kann eine Therapie mit TNF- α -Blockern im ersten und zweiten Schwangerschaftsdrittel fortgesetzt werden. Eine Therapie im letzten Schwangerschaftsdrittel sollte nur in gut begründeten Einzelfällen und in enger Absprache mit dem/der behandelnden FachärztIn durchgeführt werden. Die häufig verwendete Basistherapie mit Methotrexat müsste möglichst vor Beginn der Schwangerschaft abgesetzt werden und sollte erst nach der Stillzeit wieder weitergeführt werden.



Welche Untersuchungen sind aufgrund meiner Erkrankung während der Schwangerschaft sinnvoll?

Im Normalfall sind die üblichen Mutter-Kindpass-Untersuchungen ausreichend. Monatliche Ultraschall-Untersuchungen werden zusätzlich empfohlen, um das Wachstum und die Versorgung des Kindes zu beobachten. Darüber hinaus sollte ein Detailultraschall („Organscreening“) zwischen der 20. und 24. Schwangerschaftswoche, zur Bestätigung einer unauffälligen fetalen Entwicklung, gemacht werden. Die Durchführung eines Ersttrimesterscreenings bzw. Combined Tests ist in Bezug auf Ihre Erkrankung nicht notwendig. Die Indikationen für diese Spezialuntersuchungen (Alter über 35 Jahre, Kinder mit Chromosomenanomalien im engeren Familienkreis etc.) sind dieselben wie bei schwangeren Frauen ohne entzündliche Gelenkerkrankungen.



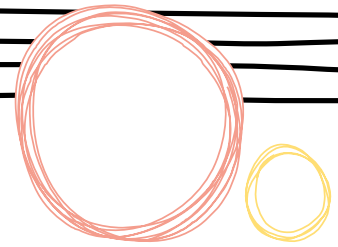
Was kann ich selbst tun, um den Verlauf meiner Schwangerschaft positiv zu beeinflussen?

Wichtig ist es, eine Schwangerschaft gut zu planen. Teilen Sie Ihren Kinderwunsch Ihren behandelnden ÄrztInnen rechtzeitig mit. Achten Sie auf gesunde, ausgewogene Ernährung und ausreichende Zufuhr von Vitaminen, Jod, Eisen und Folsäure sowie auf regelmäßige Bewegung während der Schwangerschaft. Die Vermeidung einer übermäßigen Gewichtszunahme schont Ihre Gelenke.



Sind bei der Geburt besondere Probleme durch meine Erkrankung zu erwarten?

Nein. Sofern keine Einschränkung der Hüftbeweglichkeit vorliegt, kann die Geburt auf normalem Wege erfolgen. Eine Periduralanästhesie ist in der Regel möglich.



Worauf muss ich nach der Geburt achten?

Zusätzlich zu den Mutter-Kind-Pass-Kontrollen sind im Normalfall keine weiteren Untersuchungen nötig. Wenn allerdings während des letzten Drittels der Schwangerschaft ein TNF- α -Blocker verabreicht wurde, darf das Kind vor dem 6. Lebensmonat keine Lebendimpfungen erhalten. Nach der Geburt und in der Stillzeit wird Müttern die regelmäßige Kontrolle bei dem/der FachärztIn mit Anpassung der Medikamente an die Krankheitsaktivität empfohlen.

Sie haben Fragen?

Weitere Informationen und Anlaufstellen finden Sie online unter: www.rheumatologie.at

**Eine Initiative des ÖGR Arbeitskreises für
Rheumatologie und Schwangerschaft**



Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation



Inspired by patients.
Driven by science.