

	<h1>IBD en zwangerschap</h1>
Documentgebied	Verloskunde, kraamzorg, JGZ, neonatologie
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij de geboorteorganisatie Nijmegen en omstreken “samen zorgen voor nieuw leven”, VSV-samen
Autorisatie	Voorzitter Programmaraad
Beoordelaar(s)	Esther Hink
Documentbeheerder(s)	Esther Hink
Auteur	Esther Hink, gynaecoloog-perinatoloog Radboudumc, Aura van Esch MDL arts Radboudumc, Marieke Pennings MDL arts Bernhoven te Uden
Datum publicatie	19-11-2018
Openbaar document	ja
Controledatum	19-11-2019
Versie document	1.0

Inhoud

	Pagina
Doel	2
Definitie	2
Werkwijze bij consult nieuwe patiënt	2
Werkwijze bij actuele kinderwens	5
Werkwijze bij zwangerschap	6
Werkwijze post partum	8
Bronnen	10
Distributielijst	11
 Bijlage 1:	
Stroomschema preconceptioneel advies bij IBD en zwangerschapswens	12

Doel

Zwangerschap en fertiliteit dienen expliciet en vroegtijdig te worden besproken met IBD-patiënten met als doel de invloed van IBD en de behandeling hiervan in relatie tot fertiliteit en zwangerschap te bespreken.

Definitie

De behandeling van IBD-patiënten voor, tijdens en na zwangerschap.

Werkwijze bij consult nieuwe patiënt

Fertiliteit

Er is geen verminderde fertiliteit bij patiënten met IBD in een rustige fase van ziekte. Actieve IBD, en met name actieve M.Crohn, heeft een negatief effect op fertiliteit.

Abdominale chirurgie heeft wel een duidelijk negatief effect op de fertiliteit bij vrouwen. Er is geen onderzoek verricht naar fertiliteit bij mannen na chirurgie (12).

Uit onderzoeken komt verminderde vruchtbaarheid na IPAA (ileo-anele pouch) naar voren (tot 20%).

Het IVF succespercentage na IPAA is gelijk aan geen IPAA (5).

Er is geen bewijs dat medicatie invloed heeft op de fertiliteit bij vrouwen (12).

Sulfasalazine veroorzaakt wel een reversibele vermindering van de beweeglijkheid van sperma.

Methotrexaat vermindert ook de kwaliteit van het sperma (veroorzaakt oligospermie)(12). Er zijn verder weinig gegevens bekend over mannelijke fertiliteit en IBD.

Gezien de teratogeniteit van MTX is dit middel 3-6 maanden voor contraceptie gecontra-indiceerd bij zowel mannen als vrouwen.

Anticonceptie

Over de betrouwbaarheid van orale anticonceptie bij vrouwelijke IBD-patiënten is geen relevante informatie beschikbaar. Gesteld kan worden dat indien onvoldoende resorptie van de orale anticonceptiva plaats vindt (bijv. bij diarree, braken of na uitgebreide dunne darmresectie) de anticonceptie niet betrouwbaar is. Andere vormen van anticonceptie moet dan gebruikt worden zoals condoom, prikpil, spiraal (8).

Advies over OAC dient op individuele basis gegeven te worden (13).

Het gebruik van OAC heeft geen effect op de ziekteactiviteit bij de ziekte van Crohn (8).

Anticonceptie en trombose

Bij actieve IBD of chirurgische ingrepen is het risico op trombose verhoogd. Orale anticonceptiva verdubbelen de kans op trombose. Meestal zal adequate trombose profylaxe bij een operatieve ingreep of immobilisatie wegens ziekte de voorkeur verdienen boven staken van anticonceptie (8).

Erfelijkheid

Een positieve familieanamnese is een belangrijke voorspeller om IBD te krijgen. Ongeveer 5-23% van de IBD-patiënten heeft een familielid met IBD. Het risico voor kinderen om IBD te krijgen:

- Bij 1 ouder met M.Crohn: risico 2-3% verhoogd (12).

- Bij 1 ouder met colitis ulcerosa: risico 0,5-1% verhoogd (12).

- Bij een ouder met IBD een 2-13 maal hogere kans dan in de algehele populatie op het krijgen van IBD (13).

- Beide ouders hebben IBD: risico circa 30% verhoogd (12,13).

- Screening op erfelijkheid is niet zinvol omdat bij het ontstaan van IBD naast erfelijke factor ook omgevingsfactoren een rol spelen en behandeling pas plaatsvindt bij klachten. Bij kinderen van ouders met IBD is wel extra alertheid en laagdrempelig onderzoek bij klachten van het maagdarmsstelsel geïndiceerd (12).

Zwangerschap

Patiënten met IBD hebben met name bij actieve ziekte een 2-3 maal verhoogd risico op vroeggeboorte (voor 37 weken zwangerschap) of dysmaturiteit (geboortegewicht <2500gr) (4). Tijdens exacerbatie M. Crohn is er tot 5 maal een verhoogd risico op een miskraam (4). Er is geen verhoogde kans op aangeboren afwijkingen bij zwangere patiënten met IBD (12). Actieve ziekte ten tijde van conceptie geeft 70-80% kans dat de ziekte tijdens de zwangerschap actief blijft of verergert (12).

Belang van remissie preconceptioneel

Er wordt geadviseerd tenminste 3 maanden (bij voorkeur 6 maanden) steroïd vrije remissie te hebben voorafgaande aan conceptie.

Als de conceptie plaatsvindt in een periode van remissie is het risico op exacerbatie gelijk aan niet-zwangere vrouwen. Zwangerschap heeft mogelijk een positieve invloed op de activiteit van IBD (13).

Overleg met MDL-arts

Bij actuele kinderwens zodat het beleid voor de preconceptionele periode, tijdens de zwangerschap en postpartum (onder andere t.a.v. lactatie) vastgesteld kan worden.

Onderdeel van de preconceptie counseling is het maken van een inschatting van de ziekteactiviteit: klinische beoordeling (bij voorkeur middels HBI/SCCAI), faeces calprotectine (indien eerder als marker gebruikt en deze te vervolgen is) en endoscopie (ter overweging). Indien nodig verwijzen naar UMCN preconceptiespreekuur (poli gynaecologie) of poli MDL (Dr. van Esch).

Effect medicatie

Ziekte in remissie tijdens conceptie en tijdens de zwangerschap is het meest belangrijk voor een goede uitkomst van een zwangerschap. Daarom is tegenwoordig meestal het advies om de meeste medicatie te continueren tijdens de zwangerschap (12).

5-ASA

- Oraal; geen bezwaar, alleen bij sulfasalazine. Sulfasalazine interfereert met het foliumzuurmetabolisme waardoor de patiënte 2mg foliumzuur per dag dient te gebruiken in plaats van de gebruikelijke foliumzuurdosering (0.5 mg per dag) (12).
- Rectaal; kan ook gecontinueerd worden, geen toegenomen risico op vroegtijdige bevalling.
- Geen dibutyl phtalate bevattende medicatie; mogelijk teratogeen: dus geen asacol.
- Advies continueren in zwangerschap

Corticosteroiden:

- Hoge dosis is geassocieerd met achterblijven groei (maar mogelijk door actieve ziekte).
- Geen onderhoudsmedicatie.
- Alle corticosteroiden kunnen de placenta passeren, maar vooral prednison en prednisolon worden snel afgebroken door het placenta-enzym. Doordat deze corticosteroiden effectiever worden afgebroken dan hydrocortison en dexamethason verdient tijdens de zwangerschap het gebruik van prednison of prednisolon de voorkeur. Zwangeren dienen bij gebruik van corticosteroiden te worden gecontroleerd op de bekende bijwerkingen zoals hypertensie en diabetes mellitus (12).
- Het is niet zeker of betamethasonklysma's worden geresorbeerd en dus systematisch worden. Voor de zekerheid kan er beter een prednisonklysma of een budesonideklysma worden voorgeschreven omdat prednison de placenta niet passeert en budesonide maar een zeer kleine kans geeft op systemische effecten (12).
- In het laatste trimester kan gebruik van corticosteroiden mogelijk de foetale bijnierschorsfunctie onderdrukken. Indien de moeder meer dan 10mg prednison per dag heeft gebruikt, dient de neonat na de geboorte gecontroleerd te worden door een kinderarts (12).

Thiopurines:

- Iets meer risico prematuriteit (maar waarschijnlijk hier door actieve IBD), geen toegenomen risico op aangeboren afwijkingen.
- Advies continueren in zwangerschap
- 6-tioguanine (Thiosix); weinig data, per patiënt alternatieven afwegen.
- Allopurinol vermijden in verband met congenitale afwijkingen in dierstudies.
- Foetale blootstelling aan thiopurines is niet geassocieerd met een verhoogd infectierisico in het eerste levensjaar (13).

Methotrexaat:

- Gecontra-indiceerd tijdens zwangerschap; zowel mannen als vrouwen 3-6 maanden voor de conceptie staken (8).
- Bij ontstaan van zwangerschap tijdens gebruik methotrexaat; verwijs naar gynaecoloog voor obstetrische counseling. (23% miskraam, 66% malformaties).

Anti-TNF

Behandeling met anti-TNF is niet geassocieerd met nadelige effecten op de zwangerschap en op het kind, ook zijn er geen duidelijke aanwijzingen voor een toegenomen risico op infecties bij de pasgeborene. Gezien de mogelijke risico's van staken van de behandeling (risico op opvlamming, kans op antistofontwikkeling) wordt geadviseerd om de behandeling met anti-TNF de hele zwangerschap te continueren (9). Enkel in geselecteerde patiënten kan onderbreking van de behandeling met anti-TNF overwogen worden: bij sterke wens van de patiënt gecombineerd met laag risico op relapse (remissie 12 maanden voor zwangerschap, geen actieve ziekte bij endoscopie of imaging, geen eerder loss of response op anti-TNF dan wel dosisescalatie, aangetoonde spiegels in therapeutische range, laatste 3 jaar geen ziekenhuisopnames, geen eerdere operaties). In deze gevallen kan de laatste gift anti-TNF bij 22-24 weken zwangerschap worden toegediend (9).

Combotherapie (anti-TNF en thiopurine)

Geen toegenomen maternale of foetale risico's. In laag risico patiënten (remissie 12 maanden voor conceptie, geen actieve ziekte, niet eerder verlies van respons op anti-TNF, niet eerder dosisintensivering, geen ziekenhuisopnames laatste 3 jaar), valt te overwegen om te switchen naar monotherapie anti-TNF (tot en met 3 maanden voor conceptie, zodat beoordeeld kan worden of IBD in remissie blijft).

Antihistamine

Tavegyl kan (voor zover bekend zonder gevaar) volgens voorschrift, op indicatie worden gebruikt. Houd rekening met sedatie van de pasgeborene bij gebruik vlak voor de partus.

Antibiotica

- Metronidazol bij voorkeur niet gebruiken, zeker niet in eerste trimester en ciprofloxacine bij voorkeur niet in de zwangerschap tenzij er geen alternatieven voorhanden zijn (2). Ciprofloxacine niet in het eerste trimester gebruiken.
- Ciclosporine: ervaringen tijdens zwangerschap zijn met name gebaseerd op studies bij (nier)transplantatie patiënten. Geen toegenomen aangeboren afwijkingen, wel meer prematuriteit en laag geboortegewicht (1,5,6).

Vedolizumab

Eerste analyse laat geen nadelige effecten zien, maar dit betreft nog lage aantallen. Dus als er geen andere alternatieve behandelopties zijn en patiënte reageert goed op de vedolizumab ter overweging te continueren, als stoppen een groter risico op een exacerbatie geeft (3).

Patiënten laagdrempelig verwijzen naar derde lijn voor advies.

Ustekinumab

- dierstudies laten geen teratogeniciteit zien.
- ustekinumab-gebruik tijdens zwangerschap in IBD maar weinig beschreven, enkele cases, hierin geen nadelige effecten.
- bij psoriasis meer data: klein aantal zwangerschappen, geen nadelige effecten.

- tot nu toe terughoudend en alleen overwegen als er geen alternatieven zijn (4,10,11) Patiënten laagdrempelig verwijzen naar derde lijn voor advies.

Medicatie	Tijdens zwangerschap
5-ASA	laag risico, geen asacol gebruiken sulfasalazine interfereert met foliumzuurmetabolisme
corticosteroïden	laag risico, weinig data budesonide bij voorkeur prednison of prednisolon ipv hydrocortison/dexamethason
thiopurines	laag risico, weinig data thiosix
allopurinol	vermijden (congenitale afw. bij dierstudies)
methotrexaat	gecontra-indiceerd
anti-TNF-medicatie	laag risico
metronidazol	bij voorkeur niet in eerste trimester
ciprofloxacine	bij voorkeur niet tenzij er geen alternatieven zijn
vedolizumab	onvoldoende data
ustekinumab	onvoldoende data

8,12,13

Foliumzuur

Foliumzuur supplementie preconceptioneel en tijdens het eerste trimester wordt bij alle vrouwen met kinderwens aanbevolen ter vermindering van het risico op aangeboren afwijkingen. Bij vrouwen met IBD kan een hogere dosering gebruikt worden bij aanwijzingen voor voedingsdeficiëntie wegens ziekteactiviteit en bij de behandeling met sulfasalazine (8).

Stoppen met roken

Adviseer de (a.s.) zwangere te stoppen met roken. Zie het VSV-Samen protocol "Begeleiding stoppen met roken".

Werkwijze bij actuele kinderwens

Bespreek het volgende in geval van actuele kinderwens:

- Erfelijkheid (zie informatie over erfelijkheid bij consult nieuwe patiënt)
- Fertiliteit (zie informatie over fertiliteit bij consult nieuwe patiënt)
- Ziekte-inzicht in combinatie met zwangerschap
- Remissie (zie informatie remissie bij consult nieuwe patiënt)
- Medicatie (uitleg over medicatie tijdens zwangerschap, therapietrouw. Zie informatie over medicatie bij consult nieuwe patiënt.)
- Foliumzuur
- Stoppen met roken
- Modus partus
 - De keuze voor de modus partus ligt in eerste instantie bij de obstetricus en dient vroegtijdig in de zwangerschap besproken te worden. Sectio is geïndiceerd bij actieve perianale ziekte en bij activiteit rectaal. De indicatie tot sectio bij proctitis moet individueel worden beoordeeld en lijkt bij milde activiteit zeker niet altijd nodig. Als enigszins verdient een vaginale bevalling de voorkeur. Actieve perianale ziekte is wél een harde contra-indicatie voor vaginale bevalling.

- Een vaginale partus is veilig bij vrouwen met inactieve perianale symptomen (6). Terughoudendheid met episiotomie is geboden bij patiënten met M. Crohn.
- Een ileoanale pouch of een ileorectale anastomose bij vrouwen met IBD is een relatieve indicatie (met het oog op behoud van sfincterfunctie) voor een sectio echter moet de beslissing op individuele basis worden gemaakt. Patiënten met een ileoanale pouch hebben meer kans op fecale incontinentieklachten na een vaginale kunstverlossing, een perineumruptuur of een episiotomie.
- Patiënten met een ileo- of colostoma kunnen vaginaal bevallen, de obstetrische noodzaak tot een sectio is leidend (12,13).

- Lactatie

- Het geven van borstvoeding geeft geen toegenomen risico op een exacerbatie.
- Het wordt niet geadviseerd om vanwege lactatie onderhoudsmedicatie te staken.

Medicatie	Tijdens borstvoeding
5- ASA	laag risico ^{1*}
corticosteroïden	laag risico
thiopurines	laag risico ^{2*} , thiosix onvoldoende data
allopurinol	vermijden (congenitale afw. bij dierstudies)
methotrexaat	gecontra-indiceerd
anti-TNF-medicatie	waarschijnlijk laag risico, weinig data
metronidazol	te vermijden
ciprofloxacine	te vermijden
vedolizumab	onvoldoende data
ustekinumab	onvoldoende data

12,13

1* Mesalazine gaat in kleine hoeveelheden over in moedermelk. Enkele gevallen van diarree bij zuigelingen zijn beschreven. Indien diarree optreedt bij de zuigeling dient borstvoeding of het gebruik van mesalazine te worden gestaakt.

2* Kleine hoeveelheden azathioprine komen terecht in de moedermelk. Azathioprine mag worden gecontinueerd tijdens lactatie. 9 Kolven na inname thiopurines hoeft niet te worden geadviseerd.

Vervolgcontroles tot zwanger

Elke 3 maanden tot zwanger klinische beoordeling (bij voorkeur middels HBI/SCCAI) met bloedcontrole, ontlastingstest, calprotectine en voedingscore (SNAQ/MUST).

Bloedcontrole: Bloedbeeld (+dif), CRP, electrolyten, nier- en leverfuncties, albumine, ijzer, calcium, vit B12 en vit D (op indicatie), spiegel medicatie op indicatie.

Na staken anticonceptie binnen 6-9 maanden geen zwangerschap -> verwijzing gynaecoloog

Werkwijze bij zwangerschap

Decursus

MDL-arts plaatst notitie in decursus over medicatiebeleid tijdens de zwangerschap.

Controle zwangerschap via gynaecoloog.

Medicatie

Zie informatie bij consult nieuwe patiënt

Biologicals

Zie informatie bij consult nieuwe patiënt

Beleid ten aanzien van infuus rondom partus

Anti TNF wordt in principe in de zwangerschap doorgegeven. Hierbij kan met betrekking tot de planning van de giften rekening worden gehouden met tijdstip van bevalling, met name eventuele sectio. Het heeft de voorkeur om bevalling/sectio zoveel mogelijk precies tussen twee giften anti TNF in te laten vallen, zo nodig kunnen intervallen van giften anti-TNF hiertoe worden aangepast.

Enkel in geselecteerde patiënten kan onderbreking van de behandeling met anti-TNF overwogen worden: bij sterke wens van de patiënt gecombineerd met laag risico op relapse (remissie 12 maanden voor zwangerschap, geen actieve ziekte bij endoscopie of imaging, geen eerder loss of response op anti-TNF dan wel dosisescalatie, aangetoonde spiegels in therapeutische range, laatste 3 jaar geen ziekenhuisopnames, geen eerdere operaties).

Bij doorgebruiken van anti-TNF dient postpartum de kinderarts te worden geconsulteerd voor de neonat.

Tromboseprofylaxe

Bij IBD-patiënten die niet zwanger zijn is het risico op trombose al drie tot vier maal verhoogd en bij een opvlamming acht keer. Bij zwangere IBD-patiënten is het risico op trombose begrijpelijkerwijs nog hoger. Zwangeren met IBD hebben een verhoogd risico op veneuze trombo-embolie (VTE) in vergelijking met de gezonde zwangere populatie. Low molecular weight heparin (LMWH) in een profylactische dosering reduceert het risico op VTE met 60-70%. Er is aangetoond dat LMWH zonder verhoogd risico kan worden gebruikt tijdens de zwangerschap. Bij een opname in verband met een opvlamming of sterke verdenking op IBD is bij zwangeren, net als bij alle andere IBD-patiënten die worden opgenomen met een opvlamming, wordt tromboseprofylaxe geïndiceerd (12).

Bij ernstige actieve IBD tijdens zwangerschap met eventueel bijkomende risicofactoren kan in overleg met de gynaecoloog poliklinisch tromboseprofylaxe worden voorgeschreven.

Onderzoeken

Scopie

- Coloscopie kan zonder verhoogd risico in elk trimester worden uitgevoerd. Wel moet de darmvoorbereiding worden aangepast en moet rekening worden gehouden met de zwangere uterus. Polyethylene glycol electrolyte (PEG-)oplossingen worden in principe niet opgenomen en kunnen daarom zowel in orale vorm als als klysmata worden voorgeschreven tijdens de zwangerschap. Over voorbereiding met natriumfosfaatpreparaten zijn geen gegevens bekend. Er is echter een potentieel schadelijk effect. Derhalve dienen deze preparaten niet gebruikt te worden. Zwangere vrouwen in het tweede of derde trimester dienen op de linkerszij te liggen, om het risico op vena cava-compressie door de zwangere uterus te reduceren. Benzodiazepines (diazepam en midazolam) dienen met name in het eerste trimester vermeden te worden wegens verhoogd risico op schisis bij de foetus.
- Midazolam passeert de menselijke placenta, maar foetale serumspiegels zijn 1/3 tot 2/3 van de maternale spiegel.
- Propofol kan zonder verhoogd risico worden toegediend, maar dit moet wel onder strikte controle van een anesthesist gebeuren, gezien de smalle therapeutische breedte.
- Naloxon, een antagonist voor opiaten, passeert de placenta binnen 2 minuten na intraveneuze toediening, maar lijkt geen teratogeen effect te hebben.
- Fentanyl geeft geen verhoogd risico gedurende de zwangerschap en wordt regelmatig voorgeschreven tijdens de bevalling (12).

Bij een onderzoek dat dient te gebeuren om te onderzoeken of er ziekte activiteit is heeft de minst invasieve methode de voorkeur, dus sigmoidoscopie heeft de voorkeur boven coloscopie.

Overweeg controle van de foetale hartslag (middels Doptone danwel CTG) na de sedatie; overleg vooraf met de gynaecoloog.

Radiologie

Echo is mogelijk tot 28-30 weken. Vanaf 28 tot 30 weken zwangerschap is als gevolg van de foetus het beeld verminderd (9).

MRI

Richtlijnen adviseren de blootstelling aan straling tot een minimum te beperken bij zwangere vrouwen met IBD. Het resultaat van een onderzoek dient op te wegen tegen de nadelen.

MRI is niet geassocieerd met negatieve effecten op de foetus, echter is de veiligheid ook niet definitief bevestigd. Gadolinium moet vermeden worden in het eerste trimester, sommige centra gebruiken helemaal geen gadolinium tijdens de zwangerschap (9).

Modus partus (zie informatie bij actuele kinderwens).

Lactatie

Zie informatie bij actuele kinderwens.

Exacerbatie

Afhankelijk van de ziekteactiviteit heeft het de voorkeur om te starten met 5-ASA of prednison.

Indien nodig kan gestart worden met anti-tnf monotherapie (13).

In verband met de uitgestelde werking en de bijwerkingen heeft het starten van thiopurines niet de voorkeur tijdens de zwangerschap (12).

Bij exacerbatie in de zwangerschap wordt geadviseerd de patiënte multidisciplinair te behandelen door MDL-arts, gynaecoloog en zo nodig kinderarts (13).

Bij exacerbatie tijdens de zwangerschap bij meer dan 37 weken zwangerschap overwegen om de bevalling in te leiden.

Chirurgie

Indicaties voor chirurgie bij zwangeren met IBD zijn gelijk aan niet zwangeren. Bij ernstig zieke patiënten is voortdurende ziekte een groter risico voor de foetus dan chirurgische interventie. Een tijdelijk ileostoma wordt aangeraden om het risico op postoperatieve complicaties ten gevolge van primaire anastomose te voorkomen (12,13).

Gynaecoloog informeren

Tijdens start medicatie gedurende zwangerschap gynaecoloog informeren zodat kinderarts indien nodig in consult kan komen, bijvoorbeeld bij gebruik prednison controle cortisol in navelstrengbloed (9).

Controle

Een keer per trimester en bij klachten: controle met bloedcontrole en voedingsscore(SNAQ/MUST).

Faeces calprotectine minimaal een keer tijdens een zwangerschap. Medicatiespiegels op indicatie.

Bloedcontrole: Bloedbeeld (+dif), CRP, electrolyten, nier- en leverfuncties, albumine, ijzer, calcium, vit B12 en vit D (op indicatie), spiegel medicatie op indicatie.

Calprotectine wordt niet beïnvloed door de zwangerschap en kan worden gebruikt als follow-up.

Werkwijze post partum

Ongeveer 1/3 van de vrouwen met IBD heeft een exacerbatie na de bevalling, echter is het risico niet significant hoger vergeleken met niet zwangere vrouwen. Patiënten met een ileoanale pouch hebben 20-30% kans op verstoring van de pouch functie (verhoogde frequentie en verminderde continentie) gedurende de zwangerschap en met name in het 3e trimester. Deze veranderingen verdwijnen meestal volledig postpartum (12,13).

Telefonisch consult MDL-verpleegkundigen

Circa 3 weken postpartum om te bespreken hoe de bevalling is verlopen, welke klachten er zijn en vervolgspraken door te nemen.

Controle patiënt

Twee maanden na à terme datum controle patiënt door de MDL-arts op de polikliniek.

Controle neonaat

Verwijzing naar de kinderarts is geïndiceerd voor neonaten waarbij de moeder anti-TNF heeft gebruikt in de zwangerschap.

Vaccinaties neonaat

Geen levende vaccins (rotavirus, polio en BCG) toedienen aan neonaat, tot 12 maanden post partum (14).

Anti-tnf en vedolizumab postpartum

Anti-tnf en vedolizumab in overleg met MDL-arts herstarten indien gestaakt.

Lactatie

Zie informatie bij actuele kinderwens.

Tromboseprofylaxe kraambed

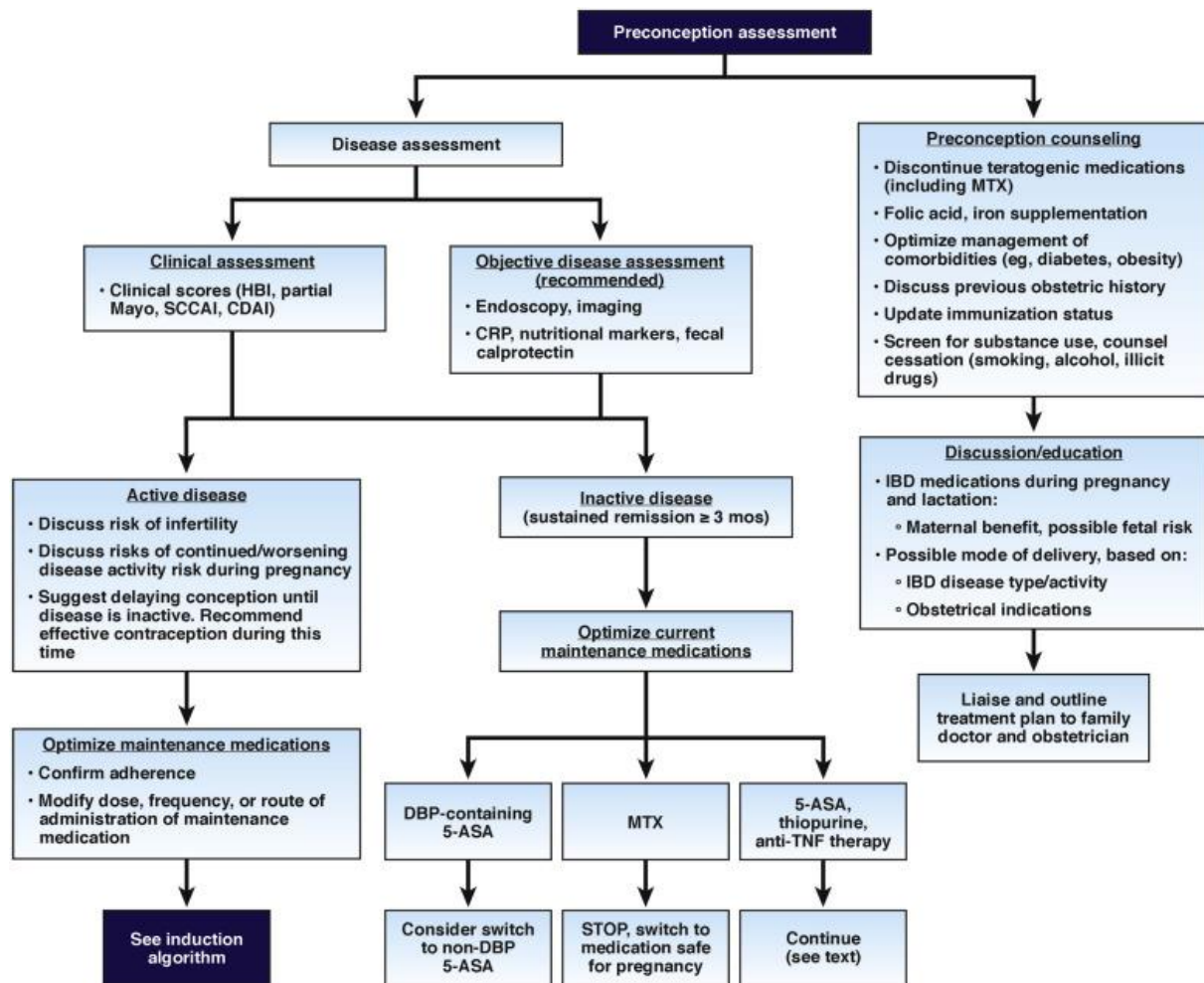
Tromboseprofylaxe geïndiceerd bij kraamvrouwen met actieve IBD.

Bronnen

1. Armenti V.T., Ahlswede K.M. , Ahlswede B.A. , Jarrell B.E. , Moritz M.J. & Burke J.F. National transplantation Pregnancy Registry--outcomes of 154 pregnancies in cyclosporine-treated female kidney transplant recipients. *Transplantation*. 1994;57;502-506.
2. Briggs G.G., Freeman, R.K. & Yaffe S.J. Drugs in pregnancy and lactation.
3. Bye W.A., Jairath V., Travis S.P.L. The safety of vedolizumab for the treatment of inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2017; 46, 3–15.
4. [Cortes X.](#), [Borrás-Blasco J.](#), [Antequera B.](#), [Fernandez-Martinez S.](#), [Casterá E.](#), [Martin S.](#), [Molés J.R.](#) Ustekinumab therapy for Crohn's disease during pregnancy: a case report and review of the literature *Journal of Clinical Pharmacy Therapeutics*. 2017 Apr;42(2):234-236.
5. Ilnyckji A, Blanchard, J.F., Rawsthorne, P. & Bernstein C.N. Perianal Crohn's disease and pregnancy: role of the mode of delivery. *American Journal of Gastroenterology*. 1999;94:3274-3278.
6. Kornbluth A. & Sachar D.B. Ulcerative colitis practice guidelines in adults. American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *American Journal of Gastroenterology*. 1997;92:204-211.
7. Marion JF, et al. *Am J Gastroenterol*. 1996;91:1975.
8. Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm- en Leverartsen (2015, oktober). Handleiding behandeling IBD – 2014-2015. Moderniseren van de Richtlijn IBD 2009. Geraadpleegd op 29 april 2017, van <http://www.icc-ibd.com/upload/files/DocumentvolledigHandleidingmetliteratuurvs7.21.pdf>
9. Nguyen, G.C., Seow CH, Maxwell C, Huang V, Leung Y, Jones J, Leontiadis GI, Tse F, Mahadevan U, van der Woude CJ; IBD in Pregnancy Consensus Group; Canadian Association of Gastroenterology. (2016). The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy.
10. Rowan C.R., Cullen G., Mulcahy H.E., Keegan D., Byrne K., Murphy D.J., Sheridan J., Doherty G.A. Ustekinumab drug levels in maternal and cord blood in a woman with Crohn's disease treated until 33 weeks gestation. *Journal of Crohn's and Colitis*, oktober 2017.
11. Venturin C., Nancey S., Danion P., Uzzan M., Chauvenet M., Bergoin C., Roblin X., Flourié B. & Boschetti G. Fetal death in utero and miscarriage in a patient with Crohn's disease under therapy with ustekinumab: case-report and review of the literature. *BMC Gastroenterology*. 2017; 17: 80.
12. Woude, C.J. van der & Lima, A. de. (2015). Zwangerschap en inflammatoire darmziekten. Geraadpleegd op 26 maart 2017, van <https://www.cme-academy.nl/verpleegkundige/course/790>
13. Woude, C.J. van der, Ardizzone, S., Bengtson, M.B., Fiorino, G., Fraser, G., Katsanos, K., Kolacek, S., Juillerat, P., Mulders, A.G., Pedersen, N., Selinger, C., Sebastian, S., Sturm, A., Zelinkova, Z., Magro, F. & European Crohn's and Colitis Organization (2015). The second European evidenced-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2015, 9 (2), 107-124.
14. <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/professionals/richtlijnen/infliximab-tijdens-zwangerschap>

Distributielijst

- Website VSV-samen Nijmegen
- Alle bij de geboorte-organisatie aangesloten 1e lijns verloskundige praktijken in Nijmegen en omstreken
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen
- Radboudumc Nijmegen
- Jeugdgezondheidszorg Nijmegen (consultatiebureau)
- Kraamzorgorganisaties Nijmegen en omstreken



Algorithm for preconception counseling in women with IBD. HBI, Harvey–Bradshaw Index; SCCAI, Simple Clinical Colitis Activity Index; CDAI, Crohn’s Disease Activity Index; CRP, C-reactive protein; MTX, methotrexate DBP, dibutyl phthalate.

Figuur 1 Preconception counseling overgenomen uit “The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy.”⁹

[http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)01773-4/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)01773-4/fulltext)