

# Zwangerschap en bevalling met een reumatische aandoening: recente inzichten.

Er zijn zowat 200 reumatische ziektebeelden. Alleen reumatoïde artritis (RA), ankyloserende spondylitis (AS), systeemlupus (SLE) en juveniele idiopathische artritis (JIA) komen hier aan bod.

De laatste jaren is er internationaal verhoogde aandacht voor het onderwerp zwangerschap en bevalling bij auto-immune aandoeningen, waarbij artsen uit verschillende disciplines een overzicht trachten te maken van enerzijds de mogelijke problemen, anderzijds de nieuwe mogelijkheden en de nood aan speciale begeleiding. Dit is uiteraard een thema dat veel patiënten aanspreekt.

Achtereenvolgens wordt hier gesproken over kinderwens of zwangerschapsplanning, de zwangerschap zelf, de bevalling en het postpartum (kraamperiode).

## 1. Kinderwens

### 1.1. Ben ik vruchtbaar?

-De vrouwelijke vruchtbaarheid is normaal bij RA en AS. Bij SLE kan de eisprong uitblijven bij hevige opstoten, en als ook SLE-nierlijden aanwezig is, kan dit de vruchtbaarheid verminderen; het gebruik van cyclofosfamide bij ernstige vormen van SLE vermindert de vruchtbaarheid, maar de huidige behandelingschema's vrijwaren beter de fertiliteit (zie ook: 1.2.).

In elk geval is het wenselijk dat een vrouw met een reumatische ziekte een zo goed mogelijke ziektestatus of ziektecontrole betracht vooraleer zwanger te worden.

-Mannelijke vruchtbaarheid bij RA en AS is normaal. Bij gebruik van sulfasalazine is in zeldzame gevallen verminderde kwaliteit van sperma (spontaan herstel na 2m stop behandeling). Cyclofosfamide, dat gebruikt wordt bij ernstige lupus, veroorzaakt een beduidende vermindering van de vruchtbaarheid bij de man (spermabank voor start behandeling): zie ook 1.2.

-Vrijen met reuma is niet altijd evident: pijn, vermoeidheid, een laag zelfbeeld en het gebruik van antidepressiva kunnen de seksuele beleving nadelig beïnvloeden.

Bij kinderwens is de tijd om zwanger te worden, de "time to pregnancy", normaal bij RA en SLE. Een consult in een fertiliteitscentrum kan aangewezen zijn, niet zozeer om de vruchtbaarheid te verbeteren, maar om de zwangerschap beter te helpen timen.

### 1.2. Welke medicatie mag voor de conceptie?

In 2006 werd door 29 specialisten - reumatologen, verloskundigen, kinderartsen en genetici - een overzicht gemaakt van toelaatbaarheid van medicatie. Belangrijkste aandachtspunten zijn methotrexaat en cyclofosfamide (man en vrouw).

Nog al te vaak zijn de veiligheidsnormen voor medicatie verschillend volgens land én volgens arts.

### 1.3. Geef ik mijn reuma door aan ons kind?

-Genetica bij reumatische aandoeningen is erg complex. DNA-onderzoek wereldwijd illustreert dat een samenspel van verschillende genen een rol speelt; maar ook micro-RNA en epigenetica zijn belangrijk.

De genetische voorbeschiktheid van reumatische ziekten wordt in cijfers uitgedrukt, vanuit onderzoek bij tweelingen: voor RA is dit 60%, voor AS 90%. Dat wil echter niet zeggen dat als één van de ouders RA heeft, de kans dat een kind ook RA ontwikkelt 60% is (of voor AS: 90% kans).

-Om de vraag te beantwoorden: "Wat is de kans dat ons kind mijn vorm van reuma zal hebben?" zijn epidemiologische studies nodig vanuit stamboomgegevens. Het cijfer van herhalingsrisico is een schatting: voor RA 12%, voor AS 8-12%, en voor SLE 7.2% (2007: 2%?); voor JIA, dat veel zeldzamer voorkomt, bestaan geen gegevens. Bij het inschatten van de kans dat een kind later ook reuma zal ontwikkelen, moeten de wetten van de statistiek worden nageleefd.

## 2. Zwangerschap

Elke zwangerschap is immunologisch een wonder, omdat de helft van het genetisch materiaal van de ongeboren baby lichaamsvreemd is voor het moederlichaam; als de moeder een auto-immuunziekte heeft, is een zwangerschap een dubbel wonder.

### 2.1. Verloop van mijn reumatische ziekte oiv zwangerschap?

-RA: tot bij 50% beterschap tijdens de zwangerschap, 25% van de vrouwen gaat in remissie.

-AS: in een studie van 2011 heeft 50% van de vrouwen minder pijn in het eerste zwangerschapstrimester; in tegenstelling met de gegevens van 1992, die bij 80% een zelfde of verslechterde toestand beschreven.

-SLE: zelfde toestand maar met opstoten (40-50% mild, 15-30% ernstig), en sinds lang gekende specifieke risico's voor de zwangere (hoge bloeddruk, nierlijden, pre-eclampsie en thrombose).

-JIA:

Fysiologische ongemakken, eigen aan elke zwangerschap, overlappen met reumatische symptomen en zijn soms moeilijk van elkaar te onderscheiden.

### 2.2. Effect van mijn reuma op het kind.

SLE: anti-Rho antistoffen kunnen bij de foetus hartritmestoornissen en neonatale lupus uitlokken.

### 2.3. Welke medicatie mag tijdens de zwangerschap?

Het belang van een optimale ziektestatus voor het begin van de zwangerschap dient te worden onderstreept. Deze optimale startpositie beperkt het aantal geneesmiddelen dat eventueel nodig is tijdens de zwangerschap.

Zelfmedicatie is uiteraard uit den boze, maar wat mag wel en wat niet? Van 2006 tot 2011 werden hiervoor herhaald overzichten gepubliceerd.

NSAIDs zijn toegelaten tot 32 weken, behalve de selectieve COX2-inhibitoren.

Zijn ook toegelaten: corticoïden, hydroxychloroquine, sulfasalazine, azathioprine, cyclosporine A en IV immunoglobulines.

Verboden zijn: leflunomide, methotrexaat, cyclofosfamide en mofetil.

Over anti-TNF zijn de adviezen uiteenlopend, gezien de nog beperkte gegevens. Nochtans worden deze medicijnen als laag risico beschouwd bij zwangere vrouwen met IBD, althans in de eerste 3 maanden. In tegenstelling tot hoger genoemde verboden geneesmiddelen, dient anti-TNF niet maanden voor de conceptie gestopt te worden.

## 3. Bevalling

### 3.1. Zwangerschapsuitkomst: de baby.

-RA met hoge ziekte-activiteit tijdens de zwangerschap: 25% risico op vroeggeboorte, en het kind is 3x meer dysmatuur (klein voor de zwangerschapsleeftijd) dan bij normale zwangerschappen.

-Voor AS is de zwangerschapsuitkomst normaal, zeker als er weinig inflammatie is.

-SLE heeft een gekende invloed op de baby: 1 kind op 3 wordt te vroeg geboren als de SLE niet actief is en dat loopt op tot 2 kinderen op 3 bij actieve SLE, de baby is vaker dysmatuur en er bestaat risico op neonatale SLE (hartritmestoornissen door antistoffen die moeder doorgeeft via de placenta of huidruptie onmiddellijk na de geboorte). Spontaan miskraam treedt op in 16% van de zwangerschappen.

-JIA:

### 3.2. Vaginaal of keizersnede?

Bij RA, AS en SLE wordt beduidend vaker een primaire keizersnede uitgevoerd; nochtans is vaak een vaginale bevalling mogelijk. Evenwel kan om medische reden de bevalling worden ingeleid, afhankelijk van de gezondheidstoestand van de moeder.

### 3.3. Mag en kan epidurale verdoving?

Epidurale verdoving is toegelaten; bij AS kan een eventuele wervelzuilankylose de techniek bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken.

## 4. Na de bevalling

### 4.1. Opstoot van reuma te verwachten?

-Bij RA treedt meestal een opstoot op binnen de 3 maanden na de bevalling; slechts 40% van die opstoten worden echter omschreven als matig ernstig.

-AS-mama's keren na de bevalling terug naar hun reumastatus van voor de zwangerschap.

-Gegevens voor SLE verschillen sterk.

### 4.2. Problemen tijdens verzorging van pasgeborene?

Best wordt open gecommuniceerd naar alle verzorgenden in de kraamafdeling (vroedvrouw, kinderverzorging, kinesist...) over uw reumatische aandoening: dan kan eventueel aangepaste hulp worden gegeven. Op lange termijn leer je je behelpen ondanks functionele beperkingen. Adviezen van ervaringsdeskundigen zijn ook vaak nuttig.

### 4.3. Borst- of flesvoeding?

Medicatie die toegelaten is tijdens borstvoeding: paracetamol, NSAID, corticoïden, hydroxychloroquine, sulfasalazine (bij terme baby) en IV immunoglobulines.

Verboden zijn: leflunomide, azathioprine, methotrexaat, cyclofosfamide en mofetil.

Voor anti-TNF bestaan voorlopig geen gevalideerde richtlijnen.