

Rheumatische Krankheiten reagieren unterschiedlich auf Schwangerschaft

Ungeplante Schwangerschaften vermeiden

Ob eine entzündliche rheumatische Erkrankung während der Schwangerschaft einen Schub erfährt, hängt vom immunologischen und klinischen Profil des Leidens ab. Ebenfalls unterschiedlich verhält sich das mütterliche und kindliche Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt.

Einige rheumatische Erkrankungen flackern während der Schwangerschaft auf, andere hingegen bessern sich», erklärte Dr. med. Monika Østensen, Center for Pregnancy and Rheumatic Diseases, University Hospital Trondheim, Norwegen. Bei rheumatoider Arthritis (RA) erfuhren in grossen prospektiven Studien 48 bis 75 Prozent der Patientinnen eine Besserung, und 16 bis 27 Prozent kamen sogar in eine vollständige Remission (*Kasten 1*). Prädiktoren für eine Besserung in der Schwangerschaft sind fehlender Rheumafaktor und fehlende Antikörper gegen citrullinierte Peptide/Proteine (ACPA). Bei ankylosierender Spondylarthritis (SA) hat die Schwangerschaft keinen grösseren Einfluss. Die meisten Patientinnen bedürfen weiterhin einer Therapie, die Krankheit ist oft während des ersten und zweiten Trimenons aktiv und bessert sich im dritten Trimenon. Ein Schub während der Schwangerschaft ist bei der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) mit geringem oder multiplem Gelenkbefall selten und betrifft vorwiegend die systemische Form. Bei der Psoriasisarthritis (PsA) gibt es nur wenige Studien; meistens wurde eine Besserung beobachtet.

Vermehrte kindliche Komplikationen bei Erstgebärenden

Während einer erstmaligen Geburt wurden bei Patientinnen mit entzündlichen Arthritiden (RA, JIA, AS, PsA) im Vergleich zu gesunden Schwangeren vermehrte kindliche Komplikationen beobachtet (tiefes Geburtsgewicht: Odds Ratio [OR] 1,94; Frühgeburt OR 1,85; zu klein für Gestationsalter OR 1,6; Sektio OR 1,51, Notfallsektio OR 1,16).

Systemischer Lupus erythematoses

Der systemische Lupus erythematoses (SLE) ist Prototyp einer Multiorganerkrankung, die oft eine immunsuppressive Therapie erfordert und bei der Autoantikörper vorliegen, welche bei 30 bis 50 Prozent der Patientinnen einen negativen Einfluss auf die Schwangerschaft und den Fetus haben. Dabei sind die Risiken für Mutter und Kind vielfältig. Viele SLE-Patientinnen erfahren in der Gravidität einen Schub (*Kasten 1*). Besonders hoch ist das Schubrisiko, wenn die Krankheit vor der Konzeption aktiv war. Schwangerschaftskomplikationen sind bei SLE zwei- bis viermal häufiger. Die Gefahr für den Fetus verläuft parallel zur Intensität der Krankheitsaktivität, besonders im ersten Trimenon. Schwangerschaftskomplikationen treten bei SLE signifikant häufiger auf (Präeklampsie OR 3,0; Eklampsie OR 4,4; vorzeitige Wehen OR 2,4; Sektio 1,7); intrauterine Wachstumsstörung OR 2,6). Das Vorliegen von Antikörpern hat einen grossen Einfluss auf das Risiko für die Mutter (Thrombose), auf Schwangerschaftskomplikationen und auf das Risiko für das Kind. Sind bei der Mutter placentagängige Anti-SS-A (anti-ro) beziehungsweise Anti-SS-B (anti-La) nachweisbar, ist das Risiko für das Kind (intrauteriner Tod, kongenitaler AV-Block, neonatales Lupussyndrom) erhöht. Das Risiko für einen kongenitalen AV-Block beträgt bei für diese Antikörper positiven Primigravidae 1 bis 2 Prozent, ist jedoch drei- bis fünfmal höher, wenn schon ein Kind mit AV-Block geboren wurde. Bei solchen Hochrisikoschwangerschaften wird eine wöchentliche Echokardiografie zwischen 16. und 26. sowie eine zweiwöchentliche Doppleruntersuchung bis zur 32. Schwangerschaftswoche empfohlen.

Kasten 1:

Rheumatische Erkrankungen und Schwangerschaft

Krankheit	Effekt der SS auf die Krankheit	Risiko für mütterliche Komplikationen	Risiko für SS-Komplikationen	Risiko für Fetus/Neugeborenes
SLE	Schub bei 50%	am häufigsten: Haut, hämatologische und Nierenkomplikationen	Hypertonie, Präeklampsie, vorzeitige Wehen	Fehlgeburt, intrauterine Wachstumsverzögerung, tiefes Geburtsgewicht, neonataler Lupus
RA	Mehrheit erfährt Besserung; Schub bei 10–15%	Schübe von Gelenkentzündung	mässiger Anstieg bei sehr aktiver RA	mässiger Anstieg bei sehr aktiver RA oder hoch dosierten Glukokortikosteroiden
AS	in 50% aktiv	Zunahme von Wirbelsäulensymptomen	selten	kein spezielles Risiko

SS: Schwangerschaft; SLE: Systemischer Lupus erythematoses; RA: Rheumatoide Arthritis; AS: Ankylosierende Spondylarthritis

Kasten 2:

Fragen zur Risikoabschätzung vor Schwangerschaft bei Systemischem Lupus erythematodes

- Alter
- Komplikationen in früherer Schwangerschaft?
- Irreversibler Organschaden vorhanden?
- Frühere und derzeitige Krankheitsaktivität?
- Anti-ro- oder anti-La-positiv?
- Derzeitige Behandlung mit fetotoxischen Medikamenten?
- Therapie mit hochdosierten Glukokortikosteroiden?
- Andere chronische Erkrankungen?
- Rauchen?

Tiefes Risiko: niedrige Krankheitsaktivität oder in Remission sowie keine schädlichen Antikörper nachweisbar

Mittleres Risiko: niedrige Krankheitsaktivität, aber Antikörper nachweisbar

Hohes Risiko: aktive Krankheit sowie Antikörper nachweisbar

Ungeplante Schwangerschaften vermeiden

Bei allen Patientinnen mit entzündlichen rheumatischen Krankheiten sollte vor einer Schwangerschaft eine Beratung

stattfinden. Dabei wird das Risiko für Mutter und Kind abgeschätzt (*Kasten 2*). Gegebenenfalls muss die Behandlung angepasst werden. Die Schwangerschaftsbetreuung muss in einem interdisziplinären Team erfolgen. «Die Familienplanung soll mit allen Patientinnen im gebärfähigen Alter aktiv angesprochen werden, und zwar bei Diagnose, bei Besserung der Symptome, bei Medikationswechseln und überhaupt bei jeder ärztlichen Konsultation», mahnte Østensen, «ungeplante Schwangerschaften sollten unbedingt vermieden werden.» Grundsätzlich sollte vor der Konzeption und während des ersten Trimenons kein globaler Entzug der Therapie erfolgen. Für mit der Schwangerschaft kompatible Medikamente sollte eine «Treat-to-target»-Strategie weiterverfolgt werden. Patientinnen mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen sollen vor und während der Schwangerschaft nicht ohne Krankheitskontrolle gelassen werden. Ziel bleibt auch dann eine Remission oder tiefe Krankheitsaktivität.

Halid Bas

Quelle: «Rheuma und Schwangerschaft», Session II, Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie, 4. und 5. September 2014 in Interlaken.