

	VSV Samen protocol: IBD en zwangerschap
Documentgebied	Verloskunde, kraamzorg, JGZ, neonatologie
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij het VSV-samen Nijmegen
Autorisatie	Bestuur VSV pijler kwaliteit
Beoordelaar(s)	Marianne Peeters, PA klinisch verloskundige Radboudumc
Documentbeheerder(s)	VSV werkgroep protocollen
Auteur	Aura van Esch, voormalig MDL arts Radboudumc Esther Hink, voormalig perinatoloog Radboudumc Marieke Pennings, MDL arts Bernhoven Uden Willemijn van Dop, MDL arts Radboudumc Nijmegen Dr. M. Hollander, perinatoloog Radboudumc
Datum publicatie	08-09-2025
Openbaar document	Ja
Controledatum	08-09-2026
Versie document	3.0

Inhoud

Pagina

Doel	2
Definitie	2
Werkwijze bij consult nieuwe patiënt	2
Werkwijze bij actuele kinderwens	5
Werkwijze bij zwangerschap	7
Werkwijze post partum	9
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 ziekte van Crohn, heeft een negatief effect op de fertiliteit.

Abdominale chirurgie, met name chirurgie in het kleine bekken, 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-anale pouch) naar voren (tot 20%).

Het IVF succespercentage na IPAA is gelijk aan het succespercentage bij geen gebruik van 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 wordt bij zowel mannen als vrouwen geadviseerd om minimaal 3 maanden te stoppen alvorens te proberen zwanger te worden.

Over het effect van JAK-remmers in de zwangerschap is onvoldoende bekend en het gebruik van JAK-remmers wordt bij vrouwen dan ook sterk ontraden in geval van een zwangerschapswens.

Anticonceptie

Over de betrouwbaarheid van orale anticonceptie bij vrouwelijke IBD-patiënten is geen relevante informatie beschikbaar. Gesteld kan worden dat als onvoldoende resorptie van de orale anticonceptiva plaats vindt (bv. bij braken, uitgebreide inflammatie van de dunne darm of na uitgebreide dunne darmresectie) de anticonceptie niet betrouwbaar is. Andere vormen van anticonceptie moeten 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). Een hormoonstaafje (Implanon®) of hormoonspiraal (Mirena®) zijn eventueel goede alternatieven voor orale anticonceptie met vele malen lagere kans op trombose.

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 ziekte van 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 maag-darmstelsel geïndiceerd (12)

Zwangerschap

Zwangeren met IBD zonder medicatie, of met alleen mesalazine, zonder operatieve ingreep in de voorgeschiedenis en bij wie de IBD niet actief is, mogen in de 1^e lijn worden gecontroleerd en mogen onder leiding van de 1^e lijn bevallen.

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 ziekte van Crohn is er een tot vijfmaal 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) steroïdvrije remissie te hebben voorafgaand 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

Overleg wordt geadviseerd 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 preconceptiesprekuren (poli verloskunde-gynaecologie Radboudumc) of poli MDL (Dr. van Dop Radboudumc).

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 2 mg 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

Corticosteroïden:

- hoge dosis is geassocieerd met achterblijven groei (maar mogelijk door actieve ziekte)
- geen onderhoudsmedicatie
- alle corticosteroïden kunnen de placenta passeren, maar vooral prednison en prednisolon worden snel afgebroken door het placenta-enzym. Doordat deze corticosteroïden effectiever worden afgebroken dan hydrocortison en dexamethason heeft tijdens de zwangerschap het gebruik van prednison of prednisolon de voorkeur. Zwangeren dienen bij gebruik van

corticosteroïden te worden gecontroleerd op de bekende bijwerkingen zoals hypertensie, foetale groeirestrictie en diabetes mellitus (12)

- het is niet zeker of beclomethason klysma's worden geresorbeerd en dus systemisch 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 corticosteroïden mogelijk de foetale bijnierschorsfunctie onderdrukken. Als de moeder meer dan 10 mg prednison per dag heeft gebruikt, dient de neonat na de geboorte gecontroleerd te worden door een kinderarts (12)
- bij gebruik van > 7.5 mg prednison per dag is er een indicatie voor een stress schema durante partu

Thiopurines:

- geen toegenomen risico op aangeboren afwijkingen
- advies continueren in zwangerschap
- 6-tioguanine (Thiosix); weinig data maar zover bekend geen problemen te verwachten (15)
- 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 minimaal 3 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).

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. Ciprofloxacin bij voorkeur niet in de zwangerschap tenzij er geen alternatieven voorhanden zijn (2). Ciprofloxacin 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

Op basis van verzamelde data worden er geen nadelige effecten zien, maar dit betreft nog lage aantallen. Als er geen andere alternatieve behandelopties zijn en patiënte reageert goed op de vedolizumab dan in principe continueren.

Ustekinumab

- dierstudies laten geen teratogeniteit zien

- op basis van verzamelde data worden er bij gebruik van ustekinumab tijdens de zwangerschap geen nadelige gevolgen beschreven. In principe wordt geadviseerd dit te continueren in de zwangerschap bij gebrek aan alternatieve behandelopties
- bij psoriasis zijn er meer data bekend: klein aantal zwangerschappen, geen nadelige effecten (16)

JAK-remmers

- aangezien dit kleine moleculen zijn die waarschijnlijk al in een vroeg stadium de placenta passeren wordt gebruik hiervan sterk afgeraden
- in dierstudies: foetocidale en teratogene effecten bij zwangeren ratten/konijnen met hogere dosering tofacitinib
- bij mensen zijn er nauwelijks gegevens bekend over teratogene effecten in de zwangerschap
- op basis van dierstudies en zeer beperkte literatuur is het advies dat JAK-remmers gecontra-indiceerd zijn tijdens zwangerschap en lactatie

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, relatief 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	op basis van verzamelde data weinig risico
ustekinumab	op basis van verzamelde data weinig risico
JAK-remmers	nauwelijks data, gecontra-indiceerd

8,12,13

Foliumzuur

Foliumzuursuppletie preconceptioneel (lieft > 1 maand voor de conceptie starten) 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”.

Acetylsalicylzuur

Elke zwangere vrouw met een auto-immuunziekte krijgt het advies om 160 mg acetylsalicylzuur te gebruiken van 12 – 36 weken zwangerschap om de kans op pre-eclampsie te reduceren.

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
- advies acetylsalicylzuur 160 mg van 12 – 36 weken zwangerschap
- 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. Als enigszins mogelijk dan verdient een vaginale baring de voorkeur
 - actieve perianale ziekte is een harde contra-indicatie voor een vaginale bevalling
 - een vaginale partus is veilig bij vrouwen met inactieve perianale symptomen (6)
 - terughoudendheid met episiotomie is geboden bij patiënten met ziekte van 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 weinig data
allopurinol	vermijden (congenitale afw. bij dierstudies)
methotrexaat	gecontra-indiceerd
anti-TNF-medicatie	waarschijnlijk laag risico, weinig data
metronidazol	te vermijden
ciprofloxacin	te vermijden
vedolizumab	weinig data, waarschijnlijk laag risico
ustekinumab	weinig data, waarschijnlijk laag risico
JAK-remmers	Onvoldoende data, gecontra-indiceerd

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 zwangerschap

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

Bloedcontrole: Bloedbeeld (+dif), CRP, elektrolyten, 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 voortplantingsgeneeskunde

Werkwijze bij zwangerschap

Decursus

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

Controle zwangerschap via gynaecoloog (of 1^e lijns verloskundige bij niet actieve ziekte).

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. Overweeg bij doorgebruiken van anti-TNF postpartum de kinderarts te consulteren voor de neonaat.

Tromboseprofylaxe

Bij IBD-patiënten die niet zwanger zijn is het risico op trombose al drie tot viermaal 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, 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, mits er uiteraard een zwaarwegende indicatie is dit onderzoek in de zwangerschap uit te voeren en in principe altijd overleggen met de gynaecoloog. De darmvoorbereiding moet worden aangepast en er 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. Daarom dienen deze preparaten niet gebruikt te worden. Zwangere vrouwen in het tweede of derde trimester dienen op de linkerzij 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 in het derde trimester een CTG (cardiotocogram) voorafgaand en na afloop van het onderzoek te maken. Overweeg opname op verloskunde in plaats van MDL.

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 en wordt als veilig beschouwd in de zwangerschap. Gadolinium moet vermeden worden tijdens de zwangerschap (9).

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 eventueel stress schema tijdens de baring en controle cortisol in navelstrengbloed (9).

Controle

Een keer per trimester en bij klachten: policonrole met bloedcontrole en voedingsscore (SNAQ/MUST). Faeces calprotectine minimaal een keer tijdens een zwangerschap. Medicatiespiegels op indicatie.

Bloedcontrole: Bloedbeeld (+dif), CRP, nier- en leverfuncties, albumine. IJzerstatus, vitamines en elektrolyten 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 van wie 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.

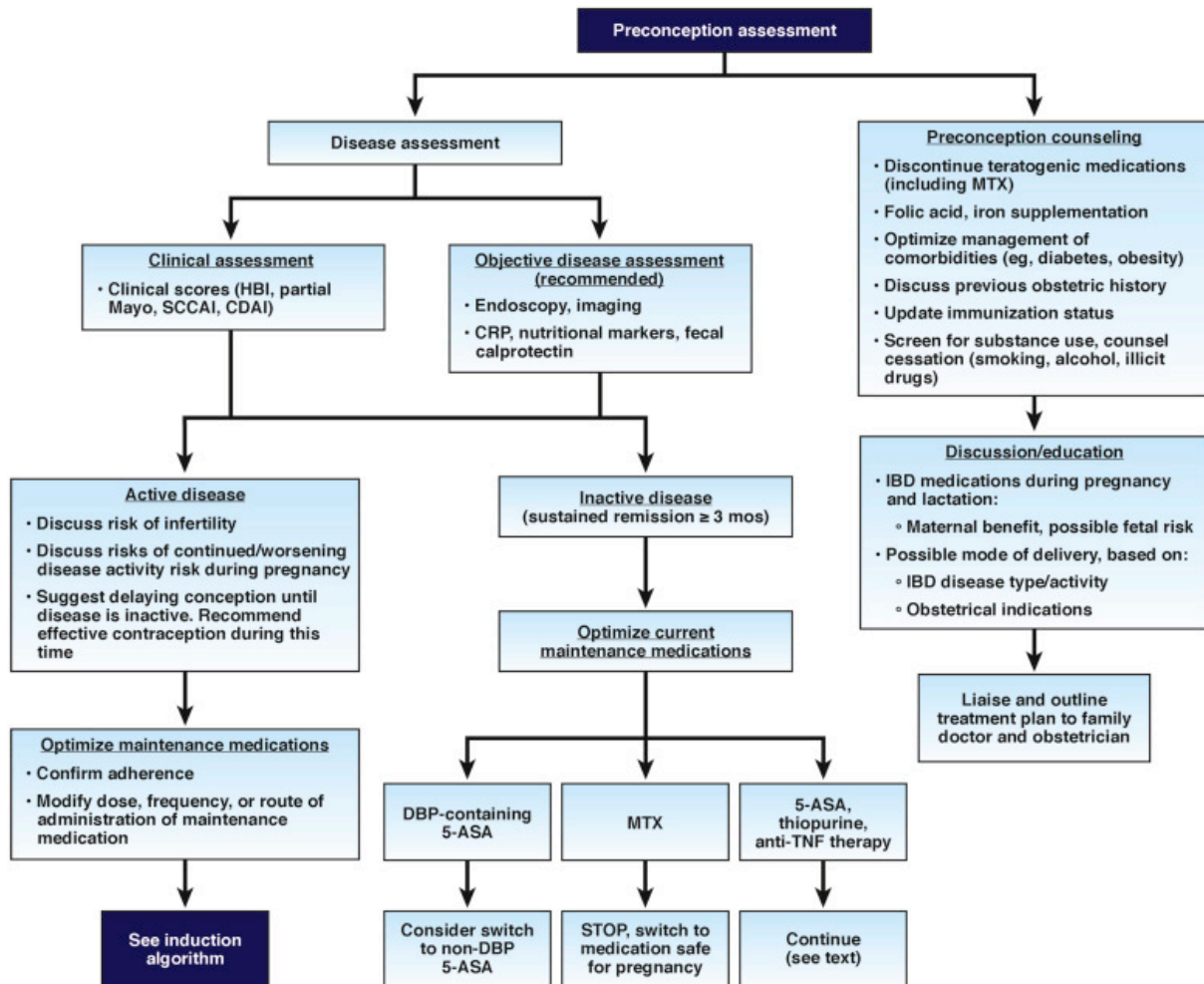
Tromboseprofylaxe kraambed

Tromboseprofylaxe is geïndiceerd bij kraamvrouwen met actieve IBD. Zie het algemene Radboud protocol antistolling

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., Martín 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>
15. Crouwel et al. *Exposure to Thioguanine During 117 Pregnancies in Women With Inflammatory Bowel Disease J Crohns Colitis*. 2022 Dec 15;17(5):738–745.
16. Meyer et al. Safety of Vedolizumab and Ustekinumab Compared With Anti-TNF in Pregnant Women With Inflammatory Bowel Disease *Clin Gastroenterol Hepatol* 2025 Jan;23(1):144-153

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)