

# Schwangerschaft und Entbindung bei Patienten mit Enterostomie aufgrund anorektaler Komplikationen durch Morbus Crohn

Takahashi K, Funayama Y, Fukushima K, et al. Pregnancy and delivery in patients with enterostomy due to anorectal complications from Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2007;22:313–8.

**Fragestellung:** Untersucht wurden mit Schwangerschaft und Entbindung assoziierte Probleme bei weiblichen Morbus-Crohn-Patienten.

**Hintergrund:** Patienten mit Morbus Crohn (CD) unterziehen sich oft aufgrund schwerer anorektaler Läsionen wie etwa rektovaginaler Fisteln (RVF), einer Enterostomie. Berichte über eine erfolgreiche Schwangerschaft und Entbindung, die wichtige Determinanten der Lebensqualität weiblicher CD-Patienten mit Stoma darstellen, sind begrenzt.

**Patienten und Methodik:** Zwischen 1985 und 2003 hatten fünf weibliche CD-Patienten mit einem Enterostoma sieben Schwangerschaften und brachten acht Kinder in unserer Klinik zur Welt. Für diese Studie wurden bei diesen sieben Schwangerschaften die Aktivität des Morbus Crohn, das Wachstum des Foetus, Stomakomplikationen und das Ergebnis der Entbindung untersucht.

**Ergebnisse:** Von diesen fünf Patienten hatten vier eine Loop-Ileostomie und eine Loop-Sigmoidostomie aufgrund einer Behandlung von RVF oder ausgeprägter Strikturen des Rektums

oder des Sigmas. Bis auf einen Fall wurde keine Fruchtbarkeitsbehandlung durchgeführt. Während der Schwangerschaft wurde bei einer Patientin ein Entzündungsschub beobachtet und erfolgreich mit Kortikosteroiden behandelt. Obwohl häusliche enterale oder künstliche Ernährung in zwei Fällen notwendig war, blieb das Wachstum des Foetus bei allen Schwangerschaften im normalen Bereich. In einem Fall gab es eine Frühgeburt bei einer Zwillingsschwangerschaft. Der mittlere Stoma-Durchmesser vergrößerte sich während der Schwangerschaft ( $p < 0,01$ ). In einem Fall gab es einen Schleimhauteinriss am Stoma am Rand der Stomaanlage. Bei sechs Kaiserschnitten und einer transvaginalen Entbindung waren alle Entbindungen sicher. Nach jeder Entbindung kehrte das Stoma auf die Ursprungsgröße zurück.

**Schlussfolgerung:** Schwangerschaft und Entbindung bei CD-Patienten mit einem Stoma sind sicher, und es sollte dazu ermutigt werden. Allerdings wird eine besondere Beachtung der Krankheitsaktivität, der Ernährung und der stomabezogenen Komplikationen empfohlen.

## Kommentar

Die vorliegende Studie untersucht Schwangerschaftskomplikationen bei Morbus-Crohn-Patientinnen mit perianaler Aktivität und Stomaversorgung. Dies ist eine interessante Patientengruppe, zu der es bislang wenige Studien gibt. Zahlreiche Studien haben in der Vergangenheit einzelne Aspekte von Schwangerschaften bei Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) untersucht. So haben Männer und Frauen mit CED keine herabgesetzte Fertilität. Diese tritt jedoch vermehrt nach vorangegangenen Operationen auf [4, 6, 8]. In einer Studie der Cleveland-Clinic wurden Fragebögen von 662 Frauen analysiert (360 mit Morbus Crohn, 251 mit Colitis ulcerosa und 51 mit einer Colitis indeterminata), die bereits operiert waren. In 58% der Fälle wurde von Unregelmäßigkeiten bei der Menstruation berichtet. Ferner waren 25% der Frauen infertil.

Zahlreiche Studien haben sich auch mit dem Verlauf von Schwangerschaften bei gleichzeitiger CED beschäftigt. Nach der bisherigen Datenlage haben Schwangere mit CED ein etwas erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen [2, 5]. Dabei hängt das individuelle Risiko von der Schwere der Erkrankung vor und während der Schwangerschaft ab. Die Aktivität eines Morbus Crohn ist üblicherweise während einer Schwangerschaft wie vor der Konzeption. Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Aktivität unter einer Schwangerschaft eher rückläufig sein kann [1]. Die crohnrelatierten Komplikationen sind im Übrigen ähnlich wie die bei nicht schwangeren Patientinnen.

Eine dänische Untersuchung verglich das Geburtsgewicht von 510 Neugeborenen, deren Mütter einen Morbus Crohn hatten, mit 3018 Kontrollindividuen [3]. Das durchschnittliche Gewicht dieser Kinder betrug 3184 g vs. 3368 g. Ferner wogen Kinder von Crohn-Patientinnen häufiger weniger als 2500 g (10,4% vs. 4,7%) und wurden vor der 37. Gestationswoche geboren (7,3% vs. 4,8%).

Ein besonderes Problem ist die perianal aktive Erkrankung. Diesbezüglich gibt es bislang wenige Untersuchungen. Es gibt Hinweise dafür, dass eine vaginale Entbindung perianale Symptome nicht verstärkt. Es wurde auch über vaginale Entbindungen bei bestehender rekto-vaginaler Fistel berichtet. Dennoch favorisieren viele Geburtshelfer bei aktiver perianaler Erkrankung eine Schnittentbindung und vermeiden eine Episiotomie.

Eine Sondersituation sind Schwangere mit einem Stoma. Theoretische Überlegungen würden hier vermehrte Komplikationen erwarten lassen. In einer Untersuchung an 45 Schwangeren mit unterschiedlichen Stomata hatten zwei Drittel stomarelatierte Probleme [7]. Dazu gehörten Versorgungsprobleme (32%), Obstruktion (24%), Prolaps (15%), parastomale Hernie (7%) sowie eine Stomablutung oder -retraktion (5%). Die meisten dieser Komplikationen konnten jedoch ohne chirurgische Maßnahmen behoben werden.

Ganz ähnliche Ergebnisse wurden in der vorliegenden Arbeit von Takahashi et al. gefunden. Bei einer Schwangeren kam es zu einer Aktivitätszunahme der Erkrankung, die durch Kortikosteroide erfolgreich behandelt werden konnte. Das fetale Wachstum war normal. Im Falle einer Zwillingsschwan-

gerschaft kam es zu einer vorzeitigen Entbindung. Der Stomadurchmesser der Schwangeren nahm signifikant zu und reduzierte sich nach der Entbindung auf die Ursprungsgröße. Entbindungsprobleme traten nicht auf. In Übereinstimmung mit den bereits berichteten Erfahrungen wurden auch in dieser Studie sechs Schnittentbindungen vorgenommen und nur eine transvaginale Geburt.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten und dieser Studie sind Schwangerschaften bei Morbus-Crohn-Patientinnen durchaus möglich. Sie haben auch im Falle von Voroperationen, perianaler Erkrankungsaktivität und dem Vorhandensein von Stomata keine signifikant erhöhte Komplikationsrate. Dies betrifft auch die Stomaversorgung, bei der es sowohl während als auch nach der Schwangerschaft, in dieser wie in anderen Studien, keine größeren Probleme gab.

#### Literatur

1. Agret F, Cosnes J, Hassani Z, Gornet JM, Gendre JP, Lemann M, Beaugerie L. Impact of

pregnancy on the clinical activity of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:509–13.

2. Cornish J, Tan E, Teare J, Teoh TG, Rai R, Clark SK, Tekkis PP. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. *Gut* 2007;56:830–7.
3. Fonager K, Sorensen HT, Olsen et al. Pregnancy in Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 1984;93:2426.
4. Hudson M, Flett G, Sinclair TS, Brunt PW, Templeton A, Mowat NA. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;58:229–37.
5. Mahadevan U, Sandborn WJ, Li DK, Hakimian S, Kane S, Corley DA. Pregnancy outcomes in women with inflammatory bowel disease: a large community-based study from northern California. *Gastroenterology* 2007;133:1106–12.
6. Ording Olsen K, Juul S, Berndtsson I, Oresland T, Laurberg S. Ulcerative colitis: female fecundity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample. *Gastroenterology* 2002;122:15–9.
7. Van Horn C, Barrett P. Pregnancy, delivery, and postpartum experiences of fifty-four women with osteoies. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1997;24:151–62.
8. Weber AM, Ziegler C, Belinson JL, Mitchinson AR, Widrich T, Fazio V. Gynecological history of women with inflammatory bowel disease. *Obstet Gynecol* 195;86:843–7.

*Prof. Dr. Hendrik Schimmelpenning,  
Neustadt in Holstein*