



# Är vi med barn?

Att få biologiska barn är en dröm för många, men som en person med IBD lönar det sig att diskutera några saker med vårdnadshavaren i god tid.

TEXT **RENJA NIKULA**  
BILDER **ADOBE STOCK, UNSPLASH**

**S**pecialisten inom gastroenterologi, **Pia Oksanen**, vid Tammerfors universitetssjukhus, har i sitt yrke stött på många människor med IBD, som går i tankar att utöka familjen.

- Ofta tänker de som funderar på att bli föräldrar på sjukdomens ärftlighet, effekten av mediciner på barnet och hur tarmsjukdomens beteende under graviditeten, säger hon.

I den här artikeln sammanställde vi svar på de vanligaste problemen.

## Planering av graviditet

Före graviditetens början rekommenderas en tre månaders vilopaus vid tarmsjukdom. Därför är det lämpligt att prata om graviditetsplanering i tid så att IBD aktiviteten kan bedömas med exempelvis blodprov, fekalt kalprotektin och vid behov endoskopi eller på annat sätt genom avbildning.

När det gäller medicinering bör kvinnor ägna särskild uppmärksamhet åt metotrexat, liksom tofasitinib. Intag av läkemedel som innehåller dessa ämnen skall enligt läkarens instruktioner avslutas minst tre månader innan man blir gravid.

- Hos män kan sulfasalazin orsaka övergående brist på spermier, så byte till 5-ASA medicinering rekommenderas. Av samma anledning rekommenderar man att metotrexat också avslutas vid planering av graviditet. Användning av faderns biologiska läkemedel är inte ett hinder för graviditetsplanering och inte föremål för specifika fosterstudier under graviditeten.

Operationer som utförts på en kvinna kan minska möjligheterna för graviditet, men förhindrar inte direkt graviditet. Liksom tarmsjukdom är operationer och deras effekter också individuella. J-påse eller ipaa-kirurgi, permanent fistel samt rektal borttagning, minskar var och en möjligheten att bli gravid.



## Det är värt att prata om graviditetsplanering i tid.

Dessa kan bero på möjlig inflammation och ärrbildning i äggledarna. Endoskopiska operationer kan vara mindre benägna att störa graviditeten.

- Om sjukdomen är vilande och det inte finns operationshistorik, kan man bli gravid lika väl som utan tarmsjukdom. Enbart sjukdom minskar således inte infertiliteten, påminner Oksanen.

Oksanen uppmanar till diskussion om möjliga rädslor och bekymmer med läkaren och vårdgivaren och att planera graviditeten tillsammans i tid.

### Graviditet och sjukdomens effekt på fostret

Om IBD är lugn vilande under graviditeten och den blivande mamman inte har genomgått tarmkirurgi kan graviditetsövervakning äga rum på kliniken och särskilt frekvent övervakning kanske inte är nödvändig. Till exempel kan blodprov en gång var tredje månad och ett samtal med en läkare eller sjuksköterska vara tillräckligt för att övervaka IBD.

- Om sjukdomen är aktiv, är övervakningen ofta tätare.

När sjukdomen är aktiv kan graviditeten övervakas av sjukhusets moderklinik, särskilt under den sista trimestern.

- Om en gravid kvinna har en historik av operationer, fistel eller Crohns sjukdom och till denna associerad perianal sjukdom, det vill säga till exempel fistlar, konsulterar man gynekologen om födselmetoden.

Gravida kvinnor med IBD har övervakats i årtionden och det har visat sig att med undantag för ett fåtal läkemedel som metotrexat eller tofacitinib, är läkemedlen säkra att använda även under graviditet och amning.

- Aktiv sjukdom är mer skadlig för barnet än mediciner, eftersom akut IBD

kan orsaka missfall, för tidig födsel, liksom låg vikt för barnet.

Vissa läkemedelsbroschyrer förbjuder användning under graviditet eller amning, men trots detta kan läkaren individuellt rekommendera och förskriva ett sådant läkemedel för säker användning.

- Läkarens riktlinjer baseras på omfattande studier som har granskats av kollegor, medan läkemedelsproducenter är skyldiga att rapportera eventuella biverkningar som uppstår vid användning av läkemedlet, oavsett om de var relaterade till läkemedlet i sig eller inte.

Genom att varna eller förbjuda en viss målgrupp att använda läkemedlet kan läkemedelsföretagen säkert undvika eventuella biverkningar.

- Inom den medicin bedömer man dock riskerna. Läkemedel kan ha en effekt på det blivande eller ammande barnet, men risken för biverkningar på grund av medicinering är fortfarande betydligt lägre än risken för biverkningar på grund av aktiv sjukdom, noterar Oksanen.

Det akuta skedet orsakar också lätt anemi och folatbrist. Under graviditeten är det viktigt att ta hand om intaget av järn och folat, oavsett om mamman har



tarmsjukdom eller inte. Behovet av järn och folat bedöms individuellt för personer med tarmsjukdom.

Enligt Oksanen har några studier visat att IBD kan vara lugnare under graviditeten. En orsak särskilt för personer med Crohns sjukdom, kan vara att man vanligtvis slutar röka under graviditeten. IBD kan vara lugnare även efter förlossningen.

- Försämring under graviditeten kan vara förknippat med avbrott i mediciner.

Enligt Oksanen finns det för närvarande mycket lite forskningsdata om effekterna av biologisk medicinering på ett barns immunförsvar och det behövs mer forskning i ämnet.

- Man känner till det mesta om TNF-alfa-blockerare, och bland annat det faktum att inga missbildningar eller annan skada på barnets utveckling har fastställts. Men något man inte känner till tillräckligt är ännu om läkemedlets effekt på barnets immunförsvar, säger Oksanen.

- För varje person som planerar en graviditet och tar biologisk medicinering bör fördelar och eventuella biverkningar av läkemedlet övervägas på patientbasis och barnets utveckling bör övervakas.



## Aktiv sjukdom är mer skadlig för barnet än mediciner.

### livet med en nyfödd

Med några få undantag rekommenderar man amning under medicinering för IBD.

- Redan nämnda metotrexat och tofasitinib rekommenderas inte ens under amningstiden, och man rekommenderar att mesalazin skall ersätta sulfasalazin.

Azatioprin, merkaptopurin och biologiska läkemedel kan fortsätta under amning, men om du använder azatioprin eller merkaptopurin såväl som biologiska, kan du fundera på att sluta med azatioprin eller merkaptopurin. Detta kan göras redan vid graviditetens planeringsstadium, om sjukdomen är vilande.

- Du kan amma under TNF-alfa blockerare och även om de senaste biologiska ämnena som ustekinumab och vedolizumab utsöndrar en mycket liten mängd i bröstmjölken, kan de också användas. Koncentrationerna är så låga att det har ansetts att de inte orsakar försvagning av barnets immunförsvar, säger Oksanen.

Till skillnad från graviditet påverkar amning inte sjukdomsförloppet och det finns inga bevis för att amning till exempel skulle aktivera inflammation.

Om vardagen blir tung med ett barn, bör du be om råd från rådgivaren. Om tarmarna orsakar besvär är en IBD-sjuksköterska till exempel rätt enhet.

- Det är inte alltid lätt att urskilja om trötthet eller sjukdom beror på IBD eller på den ibland intensiva vardagen med spädbarn och barn. Men som ett mått på aktivitet hos tarmsjukdom fungerar till exempel fekal calprotectin bra. Om värdet är förhöjt visar det på aktivitet hos en tarmsjukdom, som till exempel kan trötta ut mycket.

Under graviditeten är laborietester ofta annorlunda och återspeglar inte nödvändigtvis sjukdomsaktiviteten. Till exempel minskar hemoglobin och albumin ofta under graviditeten även hos personer med tarmsjukdom.

Moderns tarmsjukdom bör också ihågkommas i början av barnets hälsovård.

- Om mamman får biologiska läkemedel under graviditetens sista trimester bör administrering av levande vacciner till barnet undvikas under de första sex månaderna. Hos barnet kan man även mäta koncentrationen av läkemedlet och ge levande vaccin först efter det att läkemedlet har försvunnit ur barnets kropp.

Rotavirus är till exempel ett levande vaccin. Andra vacciner kan ges till barnet i enlighet med vaccinationsprogrammet.

Enligt nuvarande kunskap kan IBD vara ärftligt, så det är bra att observera sjukdom och symtom hos ett barn, med en eventuell tarmsjukdom i åtanke, speciellt om det finns återkommande symtom.

- Om mamman lider av Crohns sjukdom har barnet en sexfaldig risk att utveckla Crohns sjukdom jämfört med en situation där mamman inte har sjukdomen. Vid kolit ulcerosa är risken fyrfaldig. Om båda föräldrarna har IBD är barnets risk att utveckla IBD 30%. ●

---

### Källor:

Mahadevan et al. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2019  
Van der Woude et al. Journal of Crohns and Colitis 2015  
Ngyuen et al. Gastroenterology 2016  
Toronto concensus

---