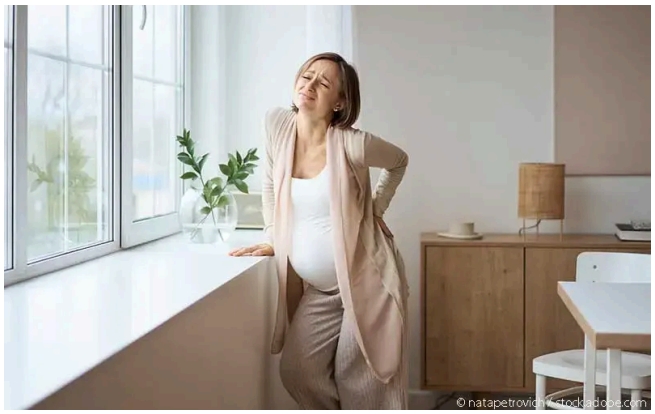
Schwangerschaft und Familienplanung: Sinnvoller Antirheumatika-Einsatz

Die medikamentöse Therapie mit Antirheumatika rund um die Schwangerschaft und Familienplanung kann herausfordernd sein. In den aktualisierten Empfehlungen gibt es wichtige Neuerungen besonders zu biologischen Antirheumatika.



Die European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) hat ihre Empfehlungen zur Anwendung von Antirheumatika bei rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen (RMD) rund um Familienplanung, Schwangerschaft und Stillzeit umfassend aktualisiert. Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche und einem Expertenkonsens ersetzen diese evidenzbasierten Empfehlungen die „Points to Consider“ von 2016, berücksichtigen neue Sicherheitsdaten und schließen erstmals explizit die männliche reproduktive Gesundheit ein.

Die übergeordneten Prinzipien betonen weiterhin frühe Beratung, das Ziel der Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität (Treat-to-Target), die Abwägung von Medikamentenrisiken gegen Risiken der unbehandelten Erkrankung und partizipative Entscheidungsfindung. Neu hinzugefügt wurde die Empfehlung, das Stillen unter kompatibler Medikation zu unterstützen.

Schwangerschaft: Vorsicht bei NSAR und Glukokortikoiden

Als mit der Schwangerschaft kompatibel gelten weiterhin die konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARDs) Azathioprin, Ciclosporin, Colchicin, (Hydroxy-)chloroquin, Tacrolimus und Sulfasalazin. Teratogene Substanzen wie Methotrexat, Mycophenolat und Cyclophosphamid müssen vor Konzeption rechtzeitig abgesetzt werden.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) können – wenn zur Krankheitskontrolle nötig – während der Schwangerschaft eingesetzt werden, sollen aber nur intermittierend angewendet und nach Schwangerschaftswoche (SSW) 28 abgesetzt werden. Nichtselektive, kurzwirksame NSAR wie Ibuprofen sind zu bevorzugen.

Auch Prednison bzw. Prednisolon können – wenn zur Krankheitskontrolle notwendig – eingesetzt werden. Sie sollten aber möglichst auf eine Tagesdosis ≤5 mg ausgeschlichen oder wenn möglich abgesetzt werden.

Bei schweren, therapierefraktären oder organ- bzw. lebensbedrohlichen maternalen Erkrankungen können während der Schwangerschaft intravenöse Immunglobuline (IVIG), Methylprednisolon-Pulstherapien und Sildenafil neben den schwangerschaftskompatiblen csDMARDs und biologischen DMARDs (bDMARDs) eingesetzt werden. In diesen schweren Fällen kann während des zweiten und dritten Trimesters auch Cyclophosphamid oder Mycophenolat erwogen werden, wenn keine anderen Optionen zur Verfügung stehen.

Biologische DMARDs in der Schwangerschaft

Generell soll bei der Behandlung mit bDMARDs in der Schwangerschaft die individuelle Wirksamkeit und der diaplazentare Transfer berücksichtigt werden. So werden IgG1-Antikörper wie Infliximab und Rituximab ab der

20. SSW Fc-Rezeptor-vermittelt diaplazentar auf den Fetus übertragen, sodass diese Medikamente vor der 20. SSW abgesetzt werden sollten. Fc-Protein-freie Moleküle wie Certolizumab können jedoch weiter angewendet werden.

Tumornekrosefaktor-Inhibitoren (TNFi) können während der gesamten Schwangerschaft eingesetzt werden, da umfangreiche Daten ihre Sicherheit bestätigen. Andere bDMARDs wie Abatacept, Rituximab oder Ustekinumab können bei Bedarf zur Krankheitskontrolle erwogen werden, auch wenn die Evidenz teils geringer ist. Für neue Substanzen (z.B. Anifrolumab) fehlen oft Daten; ihr Einsatz sollte Einzelfällen vorbehalten sein.

Die Empfehlungen geben auch Hinweise zur Säuglingsimpfung nach intrauteriner bDMARD-Exposition: Nicht-Lebendimpfstoffe sind unbedenklich, bei Lebendimpfstoffen kann je nach Substanz und Expositionszeitpunkt ein Aufschub nötig sein.

Medikamente mit unzureichenden Daten wie z. B. Januskinase (JAK)-Inhibitoren, Apremilast und Avacopan sollten gemieden werden.

Alle bDMARDs mit Stillen vereinbar

Für die Stillzeit wurde eine bedeutende Änderung vorgenommen: Neben Azathioprin, Celecoxib, (Hydroxy-)Chloroquin, Colchicin, Ciclosporin, IVIG, nichtselektive NSAR, Sulfasalazin, Tacrolimus und Glukokortikoiden gelten nun alle bDMARDs als mit dem Stillen vereinbar. Dies basiert auf ihrer geringen Milchgängigkeit und vernachlässigbaren oralen Bioverfügbarkeit.

Der Einsatz von Bosentan, Sildenafil und Methotrexat ≤25 mg/Woche kann während des Stillens erwogen werden, wenn kein anderes angemessenes Medikament genutzt werden kann.

Vermieden werden sollten werden der Stillzeit JAK-Inhibitoren, Leflunomid, Voclosporin, Avacopan, Etoricoxib, Iloprost, Mycophenolat, Cyclophosphamid und Apremilast mangels Daten oder bekannter Risiken.

Empfehlungen für Männer mit Kinderwunsch

Erstmals gibt es spezifische Empfehlungen für Männer mit Kinderwunsch. Die meisten Antirheumatika – auch niedrig dosiertes Methotrexat (≤25 mg/Woche), Mycophenolat und Leflunomid – können von werdenden Vätern weiter eingenommen werden, da keine negativen Auswirkungen auf den Schwangerschaftsausgang bekannt sind. Sulfasalazin kann die Spermienqualität reversibel negativ beeinflussen. Cyclophosphamid birgt ein klares, dosisabhängiges Risiko für irreversible Infertilität; eine Beratung zur Fertilitätserhaltung vor Therapiebeginn und das Absetzen drei Monate vor Konzeptionsversuch sind essenziell.

Bei neueren Medikamenten mit limitierter Datenlage wie JAK-Inhibitoren sollte ein Wechsel der Medikation bei Männern mit Kinderwunsch erwogen werden.

Autor:
Daniel Markett
Stand:
03.06.2025
Quelle:
Rüegg et al. (2025): EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. Annals of the Rheumatic Diseases, DOI: 10.1016/j.ard.2025.02.023.