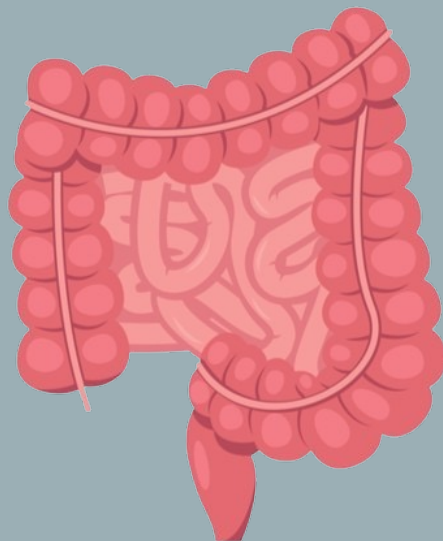


# Kronisk inflammatorisk tarmsygdøm – graviditet og fødsel

Obstetrisk guidelinemøde 2024



## Forfattere

<b>Navn:</b>	<b>Stilling:</b>	<b>Arbejdssted:</b>
Torbjørn Brøgger	Afdelingslæge	Regionshospitalet Gødstrup
Malene Mie Caning	Reservelæge	Herlev Hospital
Emma Sofie Høgsted	Reservelæge	Nordsjællands Hospital
Hanna Jangö	Afdelingslæge	Herlev Hospital
Mette Julsgaard	Afdelingslæge	Lever-Mave-Tarm, Aarhus Universitetshospital
Heidi Kammerlander	Afdelingslæge	Kolding Sygehus
Stine Aagaard Lunding	Reservelæge	Herlev Hospital
Sacha Stormlund	Reservelæge	Rigshospitalet
Hanne Brix Westergaard	Overlæge	Nordsjællands Hospital

**Tovholder:** Hanna Jangö

**Interessekonflikter:** MJ (Takeda, Novo grant, Ferring, Tillotts Pharma, MSD), alle andre: ingen

# Afgrænsning

## Tarmsygdom (inflammatorisk) - graviditet og fødsel

### FORFATTERE

Revision 2017



Dansk Selskab for  
Gastroenterologi og Hepatologi

*Graviditet og amning, systemisk medicinsk  
behandling af kroniske inflammatoriske  
tarmsygdomme*

Guideline fra 2018, forventes opdateret 2024

*Journal of Crohn's and Colitis*, 2023, 17, 1–27  
<https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijac115>  
Advance access publication 25 August 2022  
ECCO Guideline/Consensus Paper



## European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation

Joana Torres,<sup>a,b,c</sup> María Chaparro,<sup>d</sup> Mette Julsgaard,<sup>e,f</sup> Konstantinos Katsanos,<sup>g</sup>  
Zuzana Zelinkova,<sup>h,i</sup> Manasi Agrawal,<sup>j,f</sup> Sandro Ardizzone,<sup>k</sup>  
Marjo Campmans-Kuijpers,<sup>l</sup> Gabriele Dragoni,<sup>m,n</sup> Marc Ferrante,<sup>o,p</sup> Gionata Fiorino,<sup>q</sup>   
Emma Flanagan,<sup>r</sup> Catarina Frias Gomes,<sup>a</sup> Ailsa Hart,<sup>s</sup> Charlotte Rose Hedin,<sup>t,u</sup>   
Pascal Juillerat,<sup>v,w</sup> Annemarie Mulders,<sup>x</sup> Pär Myrelid,<sup>y,z</sup> Aoibhlinn O'Toole,<sup>aa</sup>  
Pauline Rivière,<sup>bb</sup> Michael Scharl,<sup>cc</sup> Christian Philipp Selinger,<sup>dd,ee</sup> Elena Sonnenberg,<sup>ff</sup>  
Murat Toruner,<sup>gg</sup> Jantien Wieringa,<sup>hh,ii</sup> C. Janneke Van der Woude<sup>ii</sup>

# Inflammatorisk tarmsygd (IBD)

---

- Kronisk, autoimmun tarmsygd
- Gastrointestinale symptomer:
  - diarré
  - kolikagtige mavesmerter
  - vægttab
  - feber
  - Træthed
- Flest får diagnosen i 20-30 års alderen
- 55.000 patienter i DK (begge køn)
- Stigende incidens



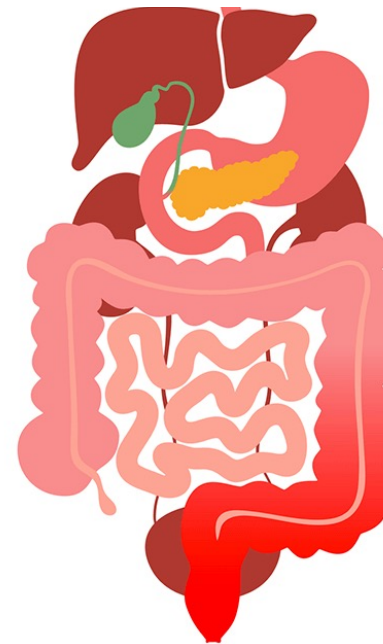
## IBD

### Morbus Crohn

### Colitis Ulcerosa



- Kan afficere hele tarmkanalen
- Diarré (kan være blodig)
- Perianale symptomer: fistler, abscesser og fissurer
- Mangeltilstande pga. Malabsorption



- Afficerer udelukkende tyktarmen
- Blodig diarré

## Opblussen i graviditet

---

### **Morbus Crohn**

Sygdomsforløbet ens hos gravide og ikke gravide  
– under graviditeten og postpartum.



### **Colitis ulcerosa**

Øget risiko for sygdomsopblussen  
- under graviditeten og postpartum.

# Opblussen i graviditet

---



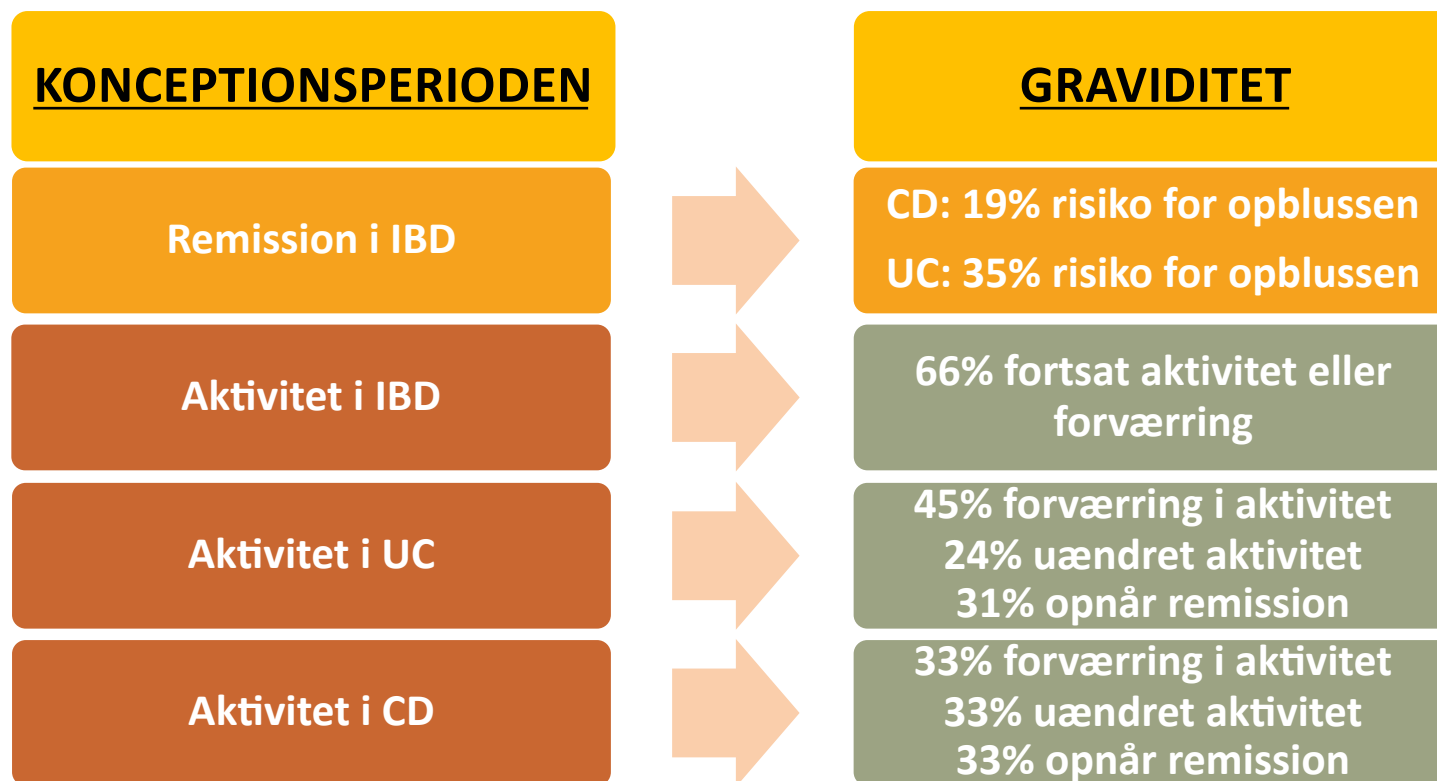
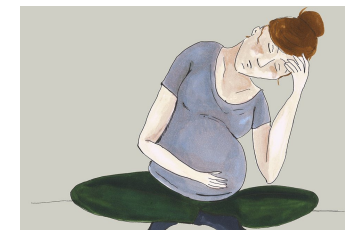
- **Opblussen/aktivitet:**

- Mild
  - Moderat
  - Svær
- } Opstart af ny systemisk behandling eller ændring i systemisk behandling

- **Remission:**

- Ro i symptomer
- Uændret behandling
- Kun dosisøgning/supplerende lokal behandling

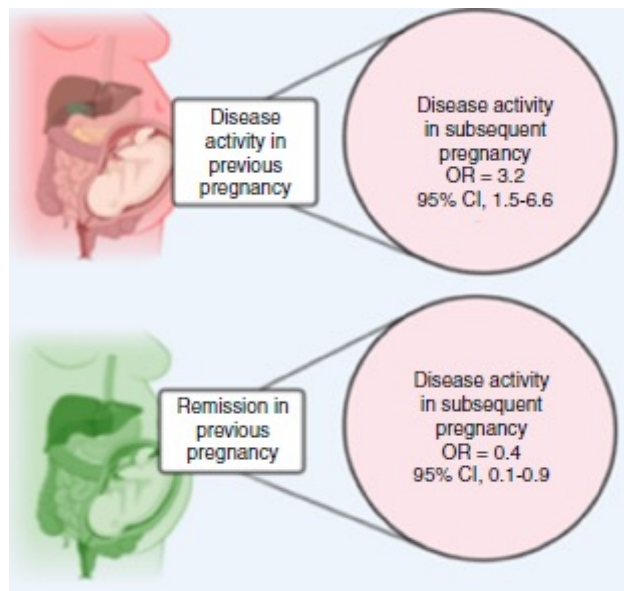
## Opblussen i graviditet



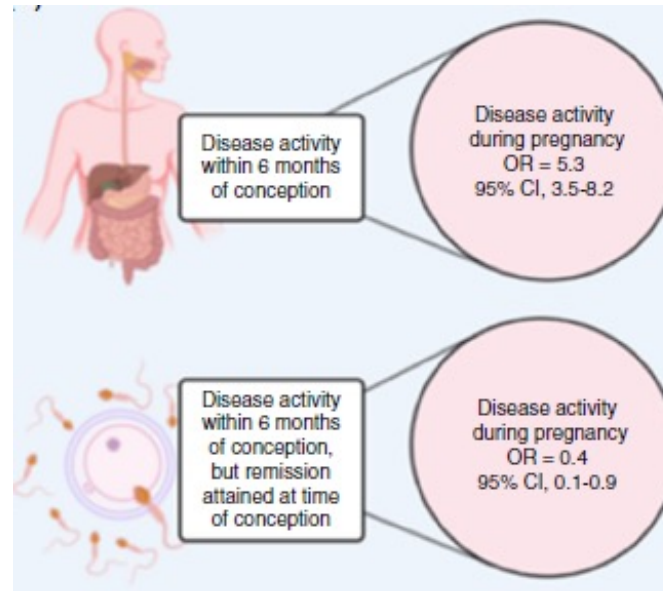


# Faktorer der prædikerer sygdomsaktivitet

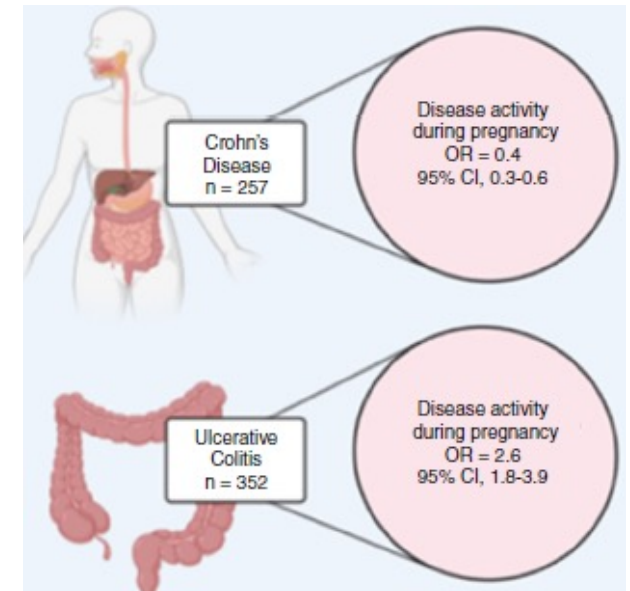
## Tidligere graviditet



## Sygdomsaktivitet før graviditet



## Type af IBD



## Litteratursøgning

---



Pubmed og Cochrane Library



Vi har søgt inspiration fra

- European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO):
  - Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation
- American Gastroenterology Association (AGA):
  - IBD in Pregnancy Clinical Care Pathway.
- ACOG
- RCOG
- Nordiske guidelines

## PICO'er i denne guideline

---



Mangeltilstande



Kontroller og scanninger



Fødselsmåde



Præeklampsi



Tromboseprofylakse



## **PICO 1 Mangeltilstande i graviditet – mikronæringsstoffer og jern**

---

**Hvilke mangeltilstande kan opstå under graviditet hos IBD-patienter, og hvordan skal der screenes og substitueres for disse?**

<b>Patient</b>	Gravide IBD-patienter
<b>Intervention</b>	Screening
<b>Comparison</b>	Gravide ikke-IBD-patienter
<b>Outcome</b>	Mangeltilstande



**Tabel 1.** Anbefalinger vedr. kosttilskud for gravide med IBD

	Biokemi	Daglig Dosis
Multivitamin tbl.	-	1 stk Gravitamin
D-vitamin	>75 nmol/L >50 nmol/L <50 nmol/L	Optimalt niveau Sufficient niveau D-vitamin mangel, suppleres med 25-50 µg D-vitamin dagligt
Ferritin	>30 µg/L 15-30 µg/L <15 µg/L	Følger vanlige retningslinjer for gravide. 100-200 mg jern hver anden dag mane 200 mg jern hver anden dag, evt. iv jern ved manglende effekt
Cobalamin (B12)	>200 pmol/L <200 pmol/L	Følger vanlige retningslinjer for gravide. 1 mg beto dgl. eller hver 3. måned inj. Betolvex 1 ml i.m.
Folinsyre	5 – 30 nmol/L < 5 nmol/L	Følger vanlige retningslinjer for gravide. 5 mg dagligt



## PICO 2 – Kontroller og scanninger i graviditeten

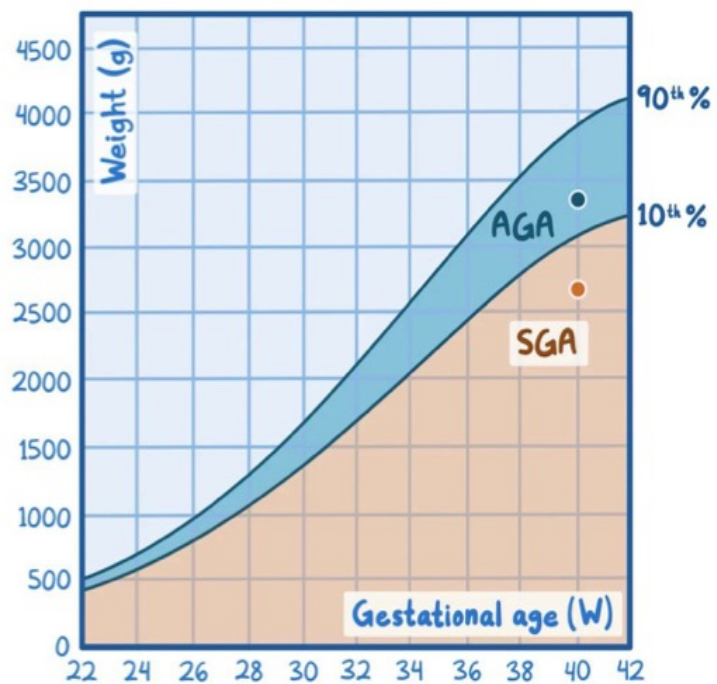
---

**Hvorledes skal gravide IBD-patienter følges i graviditeten:**

**- Kontroller og tilvækstscanninger i svangreambulatoriet?**

<b>Patient</b>	Gravide IBD-patienter
<b>Intervention</b>	kontrol, tilvækstscanninger
<b>Comparison</b>	Gravide ikke-IBD-patienter
<b>Outcome</b>	SGA/IUGR, lav fødselsvægt

## Effektmål



- UL-estimeret fostervægt < -15 %
- Lav fødselsvægt (<2500 gram)

---

## Morbus Crohn



*Kim et al., 2021:*

- Systematisk Review: n=1477 gravide med morbus crohn
- SGA/IUGR; **OR 2.13 (1.45-3.15)**

*Stephansson et al., 2010:*

- Svensk + dansk kohorte: (n=2377 gravide med morbus crohn, 869.000 kontroller)
- SGA/IUGR; **aOR 1.22 (1.00-1.49)**

*Bröms et al., 2014:*

- Svensk kohorte: (n=1026 gravide med morbus crohn, kontroller 467.000)
- SGA/IUGR; **aOR 1.72 (1.27-2.34)**



---

## Colitis ulcerosa



*Cornish et al., 2007*  
Systematisk review

**OR 1.05 (0.51-2.16)**

*Kimm et al., 2021*  
Systematisk review

**OR 1.07 (0.35-3.24)**

*Bröms et al., 2014*  
Svensk kohorte

**OR 1.26 (0.95-1.69)**

---

## Sygdomsopblussen i graviditet



*2 systematiske reviews*

*Leung et al., 2021 og Kimm et al., 2021:*

Signifikant øget risiko for **SGA** ved aktiv sygdom:

**OR 2.62 (1.18-5.83)**

**OR 1.48 (1.19-1.85)**

Signifikant øget risiko for **lav fødselsvægt**:

**OR 2.96 (1.54-5.70)**

**OR 3.81 (1.81-8.02)**



## Internationale guidelines anbefaler

- Den Norske Legeforening: tilvækstkontroller i GA 28 og 36 ved aktiv sygdom
- Britisk NHS guideline (2018): tilvækstkontroller for gravide med aktiv sygdom eller i medicinsk behandling.
  - Tager ikke stilling til hyppighed af scanninger under graviditeten.



<i>Resume af evidens</i>	<i>Evidensgrad</i>
Gravide med IBD har en signifikant øget risiko for SGA/IUGR sammenlignet med gravide uden IBD	2a
SGA/IUGR-risikoen er øget med 20-110% hos gravide med Mb. Crohn sammenlignet med gravide uden IBD.	2a
SGA/IUGR er ikke øget hos gravide med colitis ulcerosa i remission sammenlignet med gravide uden IBD.	2a
Ved sygdomsopblussen (både Mb. Crohn og colitis ulcerosa) i graviditeten findes SGA/IUGR-risikoen øget.	2a



### *Kliniske rekommandationer*

### *Styrke*

Gravide med inflammatorisk tarmsygdom bør tidligt i graviditeten indkaldes til journaloptagelse med henblik på at fastslå: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Type af IBD/diagnose</li><li>2. Sygdomsaktivitet</li><li>3. Evt. tidligere kirurgi</li><li>4. Medicinering</li><li>5. Komorbiditet eller andre risikofaktorer for SGA/IUGR</li></ol>	Konsensus
Gravide med Mb. Crohn bør tilbydes obstetrisk kontrol med tilvækstscanning i graviditeten. Hyppighed eller frekvens af denne må besluttes under hensynstagen til andre risikofaktorer –dvs. Som et samlet risikoestimat for den enkelte patient.	B
Gravide med colitis ulcerosa i remission 6 måneder op til og under graviditeten og uden andre risikofaktorer for IUGR, anbefales ikke kontrol med ekstra tilvækstscanninger.	B
Hos gravide med opblussen i IBD uanset type i graviditeten bør det overvejes at tilbyde ekstra tilvækstscanninger.	B



### *Kliniske rekommandationer*

### *Styrke*

Gravide med inflammatorisk tarmsygdom bør tidligt i graviditeten indkaldes til journaloptagelse med henblik på at fastslå: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Type af IBD/diagnose</li><li>2. Sygdomsaktivitet</li><li>3. Evt. tidligere kirurgi</li><li>4. Medicinering</li><li>5. Komorbiditet eller andre risikofaktorer for SGA/IUGR</li></ol>	Konsensus
Gravide med Mb. Crohn bør tilbydes obstetrisk kontrol med tilvækstscanning i graviditeten. Hyppighed eller frekvens af denne må besluttes under hensynstagen til andre risikofaktorer –dvs. Som et samlet risikoestimat for den enkelte patient.	B
Gravide med colitis ulcerosa i remission 6 måneder op til og under graviditeten og uden andre risikofaktorer for IUGR, anbefales ikke kontrol med ekstra tilvækstscanninger.	B
Hos gravide med opblussen i IBD uanset type i graviditeten bør det overvejes at tilbyde ekstra tilvækstscanninger.	B



### *Kliniske rekommandationer*

### *Styrke*

Gravide med inflammatorisk tarmsygdom bør tidligt i graviditeten indkaldes til journaloptagelse med henblik på at fastslå: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Type af IBD/diagnose</li><li>2. Sygdomsaktivitet</li><li>3. Evt. tidligere kirurgi</li><li>4. Medicinering</li><li>5. Komorbiditet eller andre risikofaktorer for SGA/IUGR</li></ol>	Konsensus
Gravide med Mb. Crohn bør tilbydes obstetrisk kontrol med tilvækstscanning i graviditeten. Hyppighed eller frekvens af denne må besluttes under hensynstagen til andre risikofaktorer –dvs. Som et samlet risikoestimat for den enkelte patient.	B
Gravide med colitis ulcerosa i remission 6 måneder op til og under graviditeten og uden andre risikofaktorer for IUGR, anbefales ikke kontrol med ekstra tilvækstscanninger.	B
Hos gravide med opblussen i IBD uanset type i graviditeten bør det overvejes at tilbyde ekstra tilvækstscanninger.	B



### *Kliniske rekommandationer*

### *Styrke*

Gravide med inflammatorisk tarmsygdom bør tidligt i graviditeten indkaldes til journaloptagelse med henblik på at fastslå: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Type af IBD/diagnose</li><li>2. Sygdomsaktivitet</li><li>3. Evt. tidligere kirurgi</li><li>4. Medicinering</li><li>5. Komorbiditet eller andre risikofaktorer for SGA/IUGR</li></ol>	Konsensus
Gravide med Mb. Crohn bør tilbydes obstetrisk kontrol med tilvækstscanning i graviditeten. Hyppighed eller frekvens af denne må besluttes under hensynstagen til andre risikofaktorer –dvs. Som et samlet risikoestimat for den enkelte patient.	B
Gravide med colitis ulcerosa i remission 6 måneder op til og under graviditeten og uden andre risikofaktorer for IUGR, anbefales ikke kontrol med ekstra tilvækstscanninger.	B
Hos gravide med opblussen i IBD uanset type i graviditeten bør det overvejes at tilbyde ekstra tilvækstscanninger.	B





## PICO 3 – Fødselsmåde hos kvinder med IBD

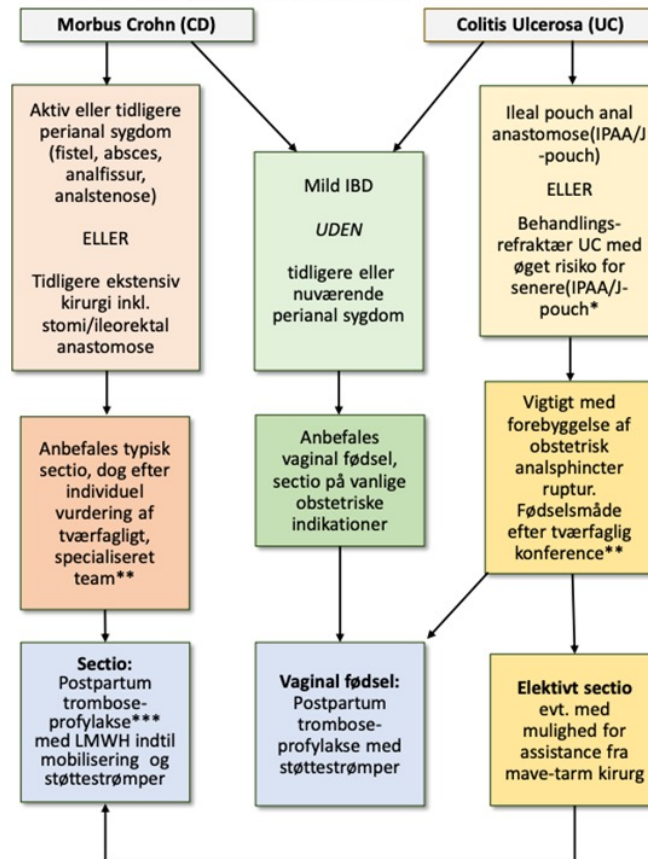
---

**Hvilken fødselsmåde bør anbefales til kvinder med IBD ift. risici for komplikationer samt IBD-sygdomsforløb?**

<b>Patient</b>	Gravide IBD-patienter
<b>Intervention</b>	Sectio eller vaginal fødsel
<b>Comparison</b>	Gravide ikke-IBD-patienter
<b>Outcome</b>	Øget risiko for OASIS/analinkontinens, indvirkning på funktion af Pouch, sygdomsforløb

## Fødselsmåde hos kvinder med inflammatorisk tarmsygdom (IBD)

Fødselsmåde revurderes i slutningen af graviditeten ift. evt. ændringer i sygdomsaktivitet.



\*Der er ikke nogen klar definition af hvilke kvinder denne gruppe indbefatter, men typiske eksempler er kvinder med behandlingsrefraktær sygdom og kvinder med stomi og plan om senere ileal pouch anal anastomose.

\*\*Multidisciplinært team består typisk af obstetrikere og gas. med. Gas. kir. kan om nødvendigt inddrages.

\*\*\*Hvis der er andre risikofaktorer, skal der evt. gives behandling i 6 uger postpartum, se [DSTH's applikation](#).





*Kliniske rekommandationer*

*Styrke*

Postpartum smerter hos kvinder med IBD kan anbefales 1-2 ugers behandling med paracetamol og ibuprofen.	D
---	---

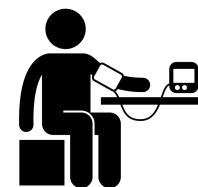


## PICO 4 – Forebyggelse af præeklampsi

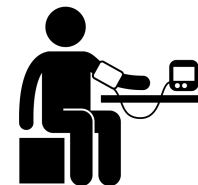
---

**Kan man forebygge præeklampsi hos gravide med IBD?**

<b>Patient</b>	Gravide IBD-patienter
<b>Intervention</b>	Hjertemagnyl
<b>Comparison</b>	Gravide ikke-IBD-patienter
<b>Outcome</b>	Præeklampsi



- Ingen RCT'er har undersøgt effekten af magnyl hos gravide IBD-patienter
- Udvalgt 3 artikler omkring risiko for præeklampsi hos gravide IBD-patienter



Boyd et al, 2015

- n = 86.752 (666 med IBD)
- Dansk kohortestudie

### Alle grader af præeklampsi

- IBD HR 1.21 (CI 95 % 0.76-1.95)  
**+ steroid HR 3.52 (CI 95 % 1.36-9.13)**

### Svær præeklampsi

- IBD HR 2.24 (CI 95 % 1.05-4.80)  
**+ steroid HR 17.2 (CI 95 % 3.72-81.4)**

### Svær early onset præeklampsi

- IBD HR 2.72 (CI 95 % 1.09-7.35)  
**+ steroid HR 21.6 (CI 95 % 3.42-136)**

**Øget risiko for udvikling af svær præeklampsi**

**Risikoen for udvikling af svær præeklampsi primært drevet af steroid behandling (=aktiv sygdom)**

Boyd et al, 2015



- Kun let øget risiko for præeklampsi for colitis ulcerosa for alle grader.



- Udtalt øget risiko for svær præeklampsi og early onset præeklampsi ved Morbus Crohn i steroidbehandling.

Svær PE: HR 56.8 (CI 95 % 3.53-914)

Early onset svær PE: HR 50.1 (CI 95 % 11.9-210)



*Tarar et al, 2022*

- n = 8.079.828 (14.129 med IBD)
- Øget risiko for hypertensive komplikationer herunder præeklampsi  
**OR 1,35 (95%CI 1,06-1,72)**



*Guerrero Vinsard et al, 2022*

- n = 3.262.595 gravide (6.705 med IBD)
- Lavere risiko for mild præeklampsi  
**OR 0,62 (95%CI 0,40–0,97)**
- Ingen forskel i svær præeklampsi.





*Resumé af evidens*

*Evidensgrad*

Der er ikke entydig evidens for en øget risiko for præeklampsi, hvis man samlet ser på alle sværhedsgrader af præeklampsi hos gravide IBD-patienter.	2b
Gravide IBD-patienter er i øget risiko for svær eller early-onset svær præeklampsi, særligt i tilfælde af steroidbehandling og i særdeleshed for gravide med CD på baggrund af sygdomsaktivitet i IBD.	2b



## Udenlandske guidelines

RCOG/NICE anbefaler 75-150 mg magnyl til gravide med autoimmun sygdom.

ACOG anbefaler magnyl 81 mg





## FORSLAG 1

### Kliniske rekommandationer

### Styrke

For at forebygge præeklampsi anbefales gravide IBD-patienter 150 mg magnyl fra gestationsalder 10-12 ved:

1. Sygdomsaktivitet de sidste 6 måneder op til graviditet
2. Sygdomsaktivitet under graviditeten
3. Sygdomsaktivitet i en tidligere graviditet
4. Systemisk steroidbehandling under graviditet
5. ~~Tilstedeværelse af andre risikofaktorer for præeklampsi\*~~

A

\*Henvises til Magnyl-guideline "Acetylsalicylsyre i graviditeten"



Vælg klogt – tilbyd risikogrupper

- Ikke påvist øget risiko for alle typer af præeklampsi
- Svær præeklampsi risiko primært drevet af sygdomsaktivitet og steroidbehandling



Nogle får først sygdomsopblussen efter GA 16

## FORSLAG 2



### Kliniske rekommandationer

### Styrke

For at forebygge præeklampsi anbefales *alle* gravide IBD-patienter 150 mg magnyl fra gestationsalder 10-12.

A



Vigtigt at forebygge svære grader af præeklampsi

- Magnyl ufarligt
- Nemmere at huske i klinikken = alle sikres magnyl



Overbehandling - muligvis unødvendigt hos nogle gravide med IBD



AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY

# Low-Dose Aspirin Not Linked to Increased Disease Activity Risk in Pregnant Women With IBD

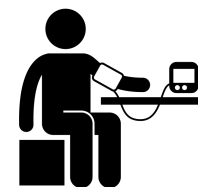
Meghna Rao | November 1, 2023



- Længerevarende behandling med magnyl til gravide med IBD: igangværende studier tyder ikke på øget risiko for opblussen eller andre negative konsekvenser



- Endnu ikke publicerede data – ikke med som reference i guideline



Yu et al. (abstract, 2023) (n=325 med IBD)

- Vurderer risikoen under graviditet og 6 mdr postpartum
- Finder *IKKE* øget risiko for:
  - Sygdomsopblussen
  - Opstart af ny IBD-medicin
  - IBD-relateret indlæggelse eller kirurgi
  - Aktiv sygdom ved endoskopi
  - Forhøjet fækal calprotectin



## **PICO 5 – Forebyggelse af venøs tromboemboli**

---

**Hvordan forebygger vi tromboemboli hos gravide med IBD?**

<b>Patient</b>	Gravide IBD-patienter
<b>Intervention</b>	Tromboseprofylakse
<b>Comparison</b>	Gravide ikke-IBD-patienter
<b>Outcome</b>	Tromboemboliske events



Flere studier anbefaler

- Lavmolekylær heparin (LMWH) efter generelle retningslinjer til gravide med IBD.

DSTH anbefaler antepartal LMWH som tromboseprofylakse ved



Indlæggelseskrævende  
IBD



Kirurgi



Flyvetime > 4 t.



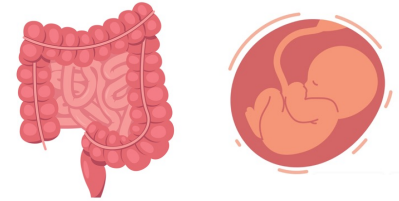
Traumer

Internationale guidelines

- ACOG, RCOG og ECCO's anbefalinger på linje med anbefalinger fra DSTH.

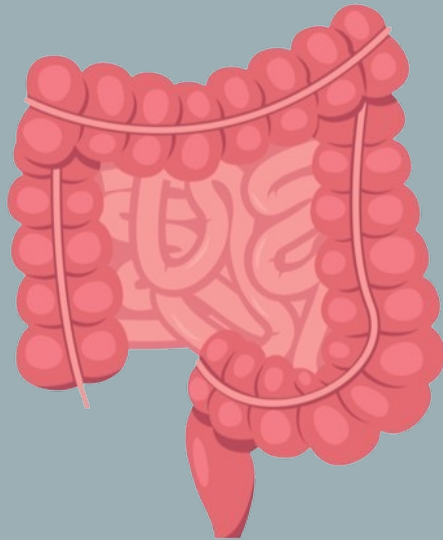


## Diskussionspunkter

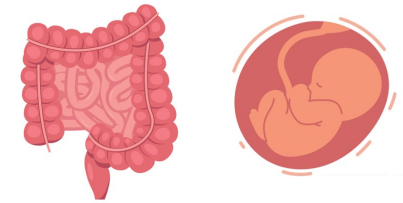


- Rekommendation af magnyl til gravide
  - **Forslag 1:** udvalgte grupper
  - **Forslag 2:** alle med IBD
- Skal der vedtages anbefalinger om tilvækstscanninger svt fx. GA 28 + 34 ved følgende tilstande:
  - Aktiv colitis ulcerosa (6 mdr op til graviditet eller under graviditet)
  - Alle med Mb Crohn?

Tak for opmærksomheden

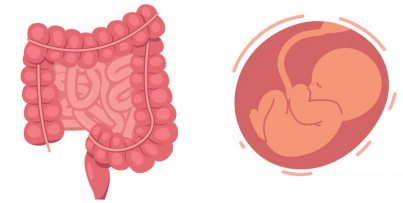


## Diskussionspunkter



- Rekommendation af magnyl til gravide
  - **Forslag 1:** udvalgte grupper
  - **Forslag 2:** alle med IBD
- Skal der vedtages anbefalinger om tilvækstscanninger svt fx. GA 28 + 34 ved følgende tilstande:
  - Aktiv colitis ulcerosa (6 mdr op til graviditet eller under graviditet)
  - Alle med Mb Crohn?

# Magnyl til gravide?



## Forslag 1: Udvalgte risikogrupper

### Fordele:

- Vælg klogt – tilbyd risikogrupper
- Ikke påvist øget risiko for alle typer af præeklampsi
- Svær præeklampsi risiko primært drevet af sygdomsaktivitet og steroidbehandling

### Ulempe:

- Risiko for opblussen (aktiv sygdom) efter GA 16.

## Forslag 2: Alle med IBD?

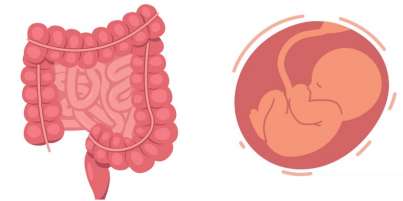
### Fordele:

- Vigtigt at forebygge svære grader af præeklampsi
- Magnyl ufarligt
- Nemmere at huske i klinikken = alle sikres magnyl

### Ulempe:

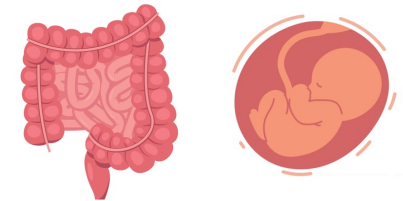
- Unødvendig behandling af gravide med IBD i remission/velbehandlede

## Tilvækstscanninger ved IBD?



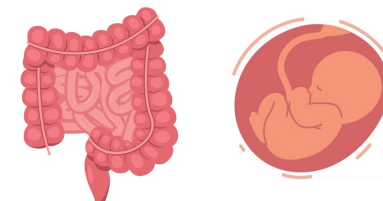
- Skal der vedtages anbefalinger om tilvækstscanninger svt fx. GA 28 + 34 ved følgende tilstande:
  - Aktiv colitis ulcerosa (6 mdr. op til og/eller under graviditet)
  - Alle med Morbus Crohn?

Morbus Crohn	IBD med opblussen	IBD med opblussen
Risiko for SGA: <b>OR 1.22 - 2.13</b>	Signifikant øget risiko for <b>SGA</b> ved aktiv sygdom: <b>OR 1.48 - 2.62</b>	Signifikant øget risiko for <b>lav fødselsvægt:</b> <b>OR 2.96 - 3.81</b>



## Fra magnylguideline:

<b>Højrisikofaktorer:</b> Kvinder med 1 eller flere af følgende højrisikofaktorer bør anbefales profylakse med ASA:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidligere svær eller tidligt indsættende præeklamsi (GA&lt;34)</li> <li>• Tidligere svær IUGR (vægtafvigelse &lt; -30%)</li> <li>• Kronisk hypertension</li> <li>• Graviditet efter ægdonation</li> <li>• Prægestationel diabetes mellitus</li> <li>• Kronisk nyresygdom</li> <li>• Systemisk lupus erythematosus (SLE)</li> <li>• Antifosfolipid syndrom<sup>s</sup></li> </ul>	
<b>Moderate risikofaktorer:</b> Hos kvinder med 2 eller flere af følgende moderate risikofaktorer kan profylakse med ASA overvejes:	<b>OR for udvikling af præeklamsi:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidligere præeklamsi uden tegn på svær sygdom</li> <li>• BMI <math>\geq 30</math></li> <li>• Mere end 10 år siden sidste fødsel</li> <li>• Flerfoldsgraviditet</li> <li>• Nulliparitet</li> <li>• Høj maternel alder <math>\geq 40</math> år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>?</li> <li>2,8</li> <li>3,1</li> <li>2,9</li> <li>2,1</li> <li>1,5</li> </ul>



## Fra magnylguideline:

**Tabel 2:**

<b>Risikofaktor</b>	<b>OR for præeklamsi</b>	<b>Andel af fødepopulation med risikofaktor</b>
Tidligere præeklamsi uanset sværhedsgrad og debut	8.4	2%
Flerfoldsgraviditet	2.9	1.5%
Ægdonation	3.0	0.7%
IVF	1.8	10%
BMI>40	6.1	1.6%
BMI>35	3.1-3.4	5%
BMI>30	2.8	13%
Alder > 40 år	1.5	4%
Alder > 35 år	1.2	20%
Nulliparitet	2.1	48%
Mere end 10 år siden sidste graviditet	3.1	

---

### GA 10-16

Forslag til afdækning af følgende ved første konsultation:

1. Type af IBD
2. Hvor følges patienten (henvisning hvis via el??)
3. Sygdomsaktivitet og sværhedsgrad i og op til graviditeten (6 mdr), herunder perianal aktivitet
4. Medicinsk behandling, herunder steroidbehandling
5. Tidligere kirurgi
6. Øvrige risikofaktorer for SGA og præeklampsi
7. Er der screenet for mangeltilstande?
8. Evt. tidligere obstetrisk historik

Stillingtagen til:

- Magnylprofylakse
- Ekstra tilvækstscanninger
- Nødvendigt med obstetrisk konsultation om fødselsmåde efter tværfaglig konference?

---

### GA 16-37

Afhængig af type af IBD (CD/UC) planlægges opfølgning under graviditeten. Forslagsvis med tilvækst + lægesamtale svarende til GA 28+34 såfremt kvinden har CD, aktiv UC, steroidbehandling under graviditeten eller andre risikofaktorer.

Lavrisiko-gravide (f.eks. UC i remission/ubehandlet UC/etc. kan opfordres at henvende sig hvis tegn til sygdomsopblussen.

**I tilfælde af forværring af IBD under graviditet kan overvejes:**

---

### GA 37

- Obstetrisk samtale omkring sygdomsaktivitet, evt. ændringer for fødselsmåde



**Table 1. Associations between inflammatory bowel disease, medication use and rates of pre-eclampsia in the Danish National Birth Cohort, 1996–2003**

	No pre-eclampsia	Any pre-eclampsia <sup>a</sup>			Severe pre-eclampsia <sup>b</sup>			Early-onset severe pre-eclampsia <sup>c</sup>		
	n	n	HR	95% CI	n	HR	95% CI	n	HR	95% CI
<b>Inflammatory bowel disease</b>										
Yes	644	22	1.21	0.76–1.95	8	2.24	1.05–4.80	5	2.72	1.00–7.35
Systemic steroid use	39	6	3.52	1.36–9.13	4	17.4	3.72–81.4	3	21.6	3.42–136
No systemic steroid use <sup>d</sup>	599	16	0.95	0.54–1.67	4	1.30	0.47–3.60	2	1.31	0.31–5.57
No	83,795	2,331	Ref		459	Ref		226	Ref	
<b>Crohn's disease</b>										
Yes	266	12	1.42	0.71–2.86	5	2.96	1.09–8.03	2	2.18	0.42–11.4
Systemic steroid use	15	4	4.87	1.25–19.0	3	56.8	3.53–914	2	50.1 <sup>e</sup>	11.9–210
No systemic steroid use <sup>d</sup>	245	8	0.98	0.40–2.41	2	1.51	0.36–6.30	0	-	-
No	83,795	2,331	Ref		459	Ref		226	Ref	
<b>Ulcerative colitis</b>										
Yes	378	10	1.07	0.56–2.05	3	1.63	0.49–5.37	3	3.12	0.91–10.7
Systemic steroid use	24	2	2.57	0.60–11.0	1	8.38	0.88–80.1	1	14.0 <sup>e</sup>	1.95–101
No systemic steroid use <sup>d</sup>	354	8	0.93	0.45–1.91	2	1.14	0.27–4.83	2	2.33 <sup>e</sup>	0.58–9.39
No	83,795	2,331	Ref		459	Ref		226	Ref	

## PICO2 - Kontroller og scanninger i graviditeten

**Tabel 2.** Risikoen for SGA/IUGR hos kvinder med IBD

Studie, årstal og reference	Population	n (IBD-gravide)	Outcome	Resultat (aOR/OR, CI 95 %)
Kohorte				
1997 <sup>30</sup>	Svensk	30	SGA/IUGR	1,41 (0,97-2,03). (ikke signifikant)
2010 <sup>31</sup>	Finsk	135	SGA/IUGR	aOR 2,08 (1,26-3,44)
2012 <sup>32</sup>	Israelsk	75	SGA/IUGR	p=0.004, OR ikke angivet.
2014 <sup>33</sup>	Amerikansk	512	IUGR	aOR 1,46 (1,14-1,88)
2016 <sup>34</sup>	Australsk	2781	IUGR	aRR på 1,19 (1,04-1,36)
2017 <sup>35</sup>	Amerikansk	1844	IUGR	aOR 2,51 (1,05-1,36)
2018 <sup>36</sup>	Sydkoreansk	2058	SGA/IUGR	aOR 3,20 (1,75-5,84)
2020 <sup>37</sup>	Fransk	36.654	SGA/IUGR	11,1% ved IBD vs 9,8% ved kontroller, OR ikke angivet
2021 <sup>38</sup>	Canadisk	2466	IUGR	aOR 1,56 (1,23-1,88)
2022 <sup>39</sup>	Amerikansk	1412	IUGR	aOR 1,27 (1-1,63)
2022 <sup>40</sup>	Italiensk	14	SGA/IUGR	aOR 3,03 (1,25-7,37)

## PICO2 - Kontroller og scanninger i graviditeten

**Tabel 3.** Risikoen for SGA/IUGR hos kvinder med Mb. Crohn.

Studie, årstal og reference	Population	n (CD-gravide)	Outcome	Resultat (aOR/OR, CI 95 %)
<b>Kohorte</b>				
2010 <sup>42</sup>	Dansk/svensk	2377	SGA/IUGR	aOR 1,22, (1,00-1,49)
2014 <sup>44</sup>	Svensk	1026	SGA/IUGR	aOR 1,72, (1,27-2,34)
2014 <sup>33</sup>	Amerikansk	128	SGA/IUGR	aOR 1,70, (1,05-2,74)
2017 <sup>45</sup>	Norsk	2377	IUGR	$p=0,045$ , (RR eller OR ikke angivet)
2017 <sup>46</sup>	Amerikansk	559	IUGR	aOR 3,32, (1,09-10)
2022 <sup>47</sup>	Amerikansk	566	SGA/IUGR	aOR 1,39, (1,02-1,88)
<b>Case-kontrol</b>				
2000 <sup>48</sup>	Canadisk	65	IUGR	SGA/IUGR 24,6% vs 1,5% hos kontroller ( $p<0,001$ )
2005 <sup>49</sup>	Israel	48	SGA/IUGR	÷ signifikant
2018 <sup>50</sup>	Sydkorea	589	IUGR	OR 2,89 (1,59-5,29)
2019 <sup>51</sup>	Amerikansk	169	SGA/IUGR	aRR 1,26 (0,82-1,93)

## PICO2 - Kontroller og scanninger i graviditeten

**Tabel 4.** Risikoen for SGA/IUGR hos kvinder med colitis ulcerosa.

Studie, årstal og reference	Population	n (UC-gravide)	Outcome	Resultat (aOR/OR, CI 95 %)
Kohorte				
2010 <sup>45</sup>	Norsk	287	IUGR	÷ signifikant
2014 <sup>44</sup>	Svensk	1492	SGA/IUGR	aOR 1,26 (0,95-1,69), ÷ signifikant
2014 <sup>33</sup>	Amerikansk	384	IUGR	aOR 1,38 (1,03-1,86), + signifikant
2017 <sup>46</sup>	Amerikansk	363	IUGR	aOR 1,51 (0,35-6,57), ÷ signifikant
2020 <sup>54</sup>	Fransk	14.892	SGA/IUGR	Risiko på 9,8% hos UC vs. 9,5% som hos kontroller.
2022 <sup>47</sup>	Amerikansk	847	SGA/IUGR	aOR 1,09 (0,71-1,68), ÷ signifikant
Case-kontrol				
2005 <sup>49</sup>	Israelsk	79	SGA	÷ signifikant
2018 <sup>50</sup>	Sydkorea	1469	SGA/IUGR	÷ signifikant