

Isabell Haase¹, Ann-Christin Pecher², Anja Strangfeld^{3,4}, Tatjana Rudi³, Cornelia Glaser⁵, Hanns-Martin Lorenz⁶, Jutta G. Richter^{7,8}, Rebecca Fischer-Betz^{7,8}, Matthias Schneider^{7,8}, Susanna Späthling-Mestekemper⁹, Angela Zink³, Jörg Henes², Yvette Meißner^{3,10}

1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische Klinik, Sektion Rheumatologie und entzündliche Systemerkrankungen, Hamburg; 2 Universitätsklinikum Tübingen, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Rheumatologie und Klinische Immunologie, Tübingen; 3 Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin, Epidemiologie und Versorgungsforschung, Berlin; 4 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie, Berlin; 5 Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie, Freiburg; 6 Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Rheumatologie, Medizinische Klinik V, Heidelberg; 7 Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Rheumatologie, Düsseldorf; 8 Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Hiller Forschungszentrum, Düsseldorf; 9 Rheumatologische Schwerpunktpraxis München-Pasing, München; 10 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Berlin



Hintergrund

Autoinflammatorische Erkrankungen (AID)

- Dysregulation der angeborenen Immunität
- rezidivierende Phasen systemischer Entzündung
- häufig Frauen im reproduktiven Alter betroffen

Evidenz bisher begrenzt und heterogen zu

- Schwangerschaftsverläufen und -risiken
- Therapiesicherheit

Methodik

Auswertung von Rhekiss-Daten

Einschluss von Frauen mit Diagnose einer AID und bestätigter Schwangerschaft in der max. 20. SSW

Prospektive Erfassung von

- Demografie
- Krankheitsverlauf
- Medikation
- Komorbiditäten
- Schwangerschaftskomplikationen
- neonatalen Outcomes



Zeitraum: 2015 - 2024

Endpunkte

1 Adverse Pregnancy Outcomes (APO)

- Frühgeburt (< 37+0 SSW)
- intrauteriner Fruchttod (Totgeburt)
- Präeklampsie / schwangerschaftsinduzierte Hypertonie (SIH)
- small for gestational age (SGA)
- ungünstiges neonatales Outcome

2 Schub der Grunderkrankung

- berichtet durch ärztliches Personal oder Patientin

Adverse Pregnancy Outcomes

41 Schwangerschaften mit verfügbaren Outcome-Daten



93%
Lebendgeburten



34%
hatten ein APO

APO im Detail



Frühgeburten
4 (10%)



Fehlgeburten
3 (7%)



Gestationshypertonie
1 (2%)



SGA
9 (22%)



Totgeburten
0

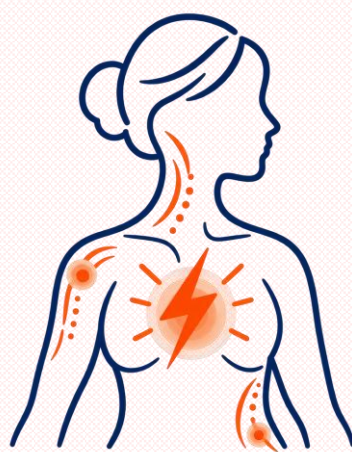


Neonatale Komplikationen
Fehlbildung 1 (2%)*
NICU-Aufnahme 1 (2%)
Infektion 0

*kongenitaler Herzfehler (Septumdefekt)

Schübe der Grunderkrankung

50 Schwangerschaften mit verfügbaren Outcome-Daten



38%
hatten einen Schub

zu irgendeinem Zeitpunkt in der Schwangerschaft

Trimenon 1

22%
(11/49)

Trimenon 2

32%
(9/28)

Trimenon 3

18%
(6/33)



Ärztlich berichtete
Schübe
26%



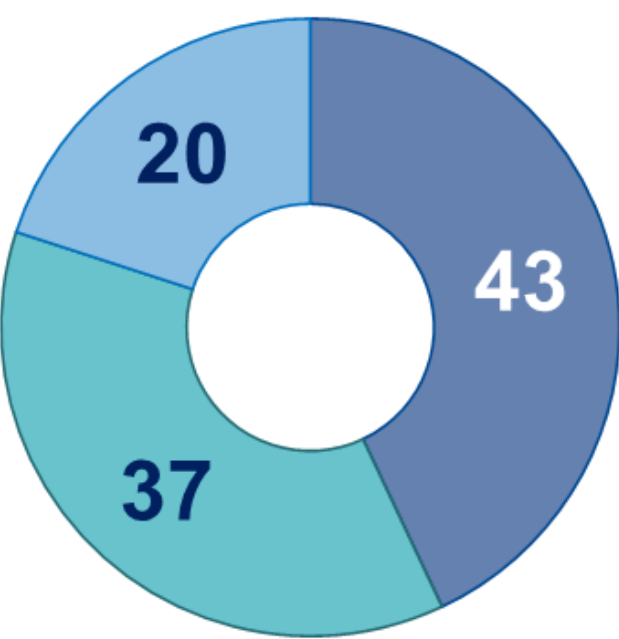
Patientinnenberichtete
Schübe
41%

- Ärztlich berichtete Krankheitsaktivität nahm im Verlauf der Schwangerschaft ab
- Patientinnenberichtete Aktivität erreichte im zweiten Trimenon ihren Höhepunkt

Studienpopulation

51 Schwangerschaften | 49 Frauen

Häufigkeit (%)



Andere AID:

- Hyper-IgD Syndrom
- Muckle-Wells Syndrom
- TRAPS
- CAPS

	Häufigkeit, n (%)	Mittelwert (SD)	missings, n
Alter (Jahre)		30.7 (4.8)	
Krankheitsdauer (Jahre)		9.3 (7.33)	
Krankheitsschwere			2
asymptomatisch bis mild	11 (22)		
moderat	25 (51)		
schwer	13 (27)		
Anti-SS-A (Ro)	3 (11)		24
Primigravida	23 (45.1)		
frühere Präeklampsie	1 (2.1)		
(Ex-)Raucherin	8 (24)		18
BMI		26.1 (5.5)	23

Nicht aufgetreten: arterielle Hypertonie | Diabetes mellitus | aPL | APS | Thrombose / Schlaganfall in der Vorgeschichte | Rauchen fortgesetzt

Medikationsverläufe longitudinal (%)

	GC	NSAID	COL	csDMARDs			bDMARDs					Anteil (%)
				CspA	HCQ	MTX	ANA	CAN	TOC	CZP	IXE	
PreReg	3.9	15.7	29.4	7.8	3.9	3.9	31.4	13.7	5.9	2.0	2.0	
1. Trim.	17.6	25.5	7.8	7.8	3.9	0	29.4	9.8	5.9	2.0	0	
2. Trim.	2.1	6.1	26.5	8.1	2.0	0	18.4	4.1	4.1	2.0	0	
3. Trim.	12.5	6.3	22.9	6.3	2.1	0	16.7	6.3	4.2	0	0	
PostReg	17.6	11.7	17.6	7.8	0	0	11.8	9.9	3.9	0	2.0	

GC: Glukokortikoide | NSAID: Nichtsteroidale Antirheumatika | COL: Colchicin | CspA: Cyclosporin A | HCQ: Hydroxychloroquin | MTX: Methotrexat | ANA: Anakinra | CAN: Canakinumab | TOC: Tocilizumab | CZP: Certolizumab pegol | IXE: Ixekizumab

Abb. 1: Anteil (%) der Schwangerschaften mit Exposition nach Medikamentenklasse und Zeitpunkt präkonzeptionell (PreReg), während der Schwangerschaft (1. Trim, 2. Trim, 3. Trim) und postpartal (PostReg)

Schlussfolgerungen



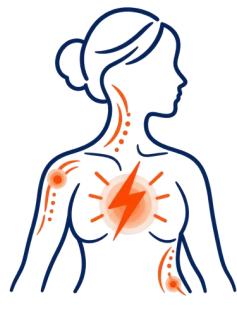
Schwangerschaften bei Frauen mit AID zeigten **insgesamt günstige maternale und neonatale Outcomes**

Hohe Lebendgeburtrate von **93%**



Niedrige Rate an hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen und Frühgeburten

Auffällig **hohe Rate an SGA-Kindern 22%**



(Kompatible) Medikamente wurden häufig beendet.

Gleichzeitig traten in **38%** der Schwangerschaften **Schübe** auf.



Präkonzeptionelle Beratung und Fortführung wirksamer Therapien könnten die Outcomes verbessern



Rhekiss-Register

Vielen Dank an alle teilnehmenden Zentren und Patientinnen!

✉ i.haase@uke.de

Rhekiss ist ein Gemeinschaftsprojekt des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin und des Rheumazentrums Rhein-Ruhr e.V. und wird durch beide Institutionen gemeinsam finanziert.