

DEPRESE V TĚHOTENSTVÍ: MOŽNOSTI FARMAKOTERAPIE

RIZIKA NELÉČENÉ DEPRESE

Neléčená deprese v graviditě má významné důsledky pro zdravotní stav matky i dítěte. Depresivní těhotné ženy nejsou schopny dodržovat patřičný režim, mohou mít sklon k alkoholismu, drogám, ke svévolnému užívání neindikovaných a v těhotenství kontraindikovaných léků. Častěji se u nich objevují úvahy o ukončení gravidity (i v případech, kdy bylo těhotenství chtěné), výjimkou nejsou ani suicidální tendence a myšlenky na poškození plodu.

Terapie depresivní poruchy v průběhu těhotenství a laktace je proto potřebná, obdobně jako je tomu u jiných závažných onemocnění. Téměř u tří čtvrtin žen, které mají depresi v anamnéze, dojde v těhotenství při přerušení léčby k recidivě. Ani ženy, které v léčbě deprese v těhotenství pokračují, nejsou ve všech případech chráněny před zhoršením stavu, a proto je třeba i tyto ženy kontrolovat a terapii v případě potřeby upravovat.

MOŽNOSTI LÉČBY

K léčbě depresivní poruchy je k dispozici psychoterapie a podávání psychofarmak, popřípadě kombinace obou možností. U gravidních žen sice chybí dostatečně průkazné studie o účinnosti psychoterapie, u deprese v poporodním období však její účinnost prokázána byla. Farmakoterapie je v každém případě vhodná u žen, které se před otěhotněním úspěšně antidepresivou léčily a depresivní porucha se u nich znovu objeví v graviditě, popřípadě u těch, které v těhotenství onemocní depresí středního až závažného stupně.

VÝBĚR ANTIDEPRESIV

Volba vhodného léčiva pro terapii depresivní poruchy v graviditě a laktaci závisí na obecné charakteristice jednotlivých látek, pokud jde o průkaz jejich bezpečnosti v těhotenství a během kojení. U pacientek léčených pro depresi již před otěhotněním je navíc vhodné vycházet z anamnestického údaje o účinnosti konkrétního antidepresiva u dané pacientky. Pokud jde o bezpečnost antidepresiv, nejvíce studií bylo provedeno s léčivem ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), proto se jejich působení na plod považuje za nejlépe prozkoumané. Do této skupiny patří např. fluoxetin, sertralin, citalopram, escitalopram a fluvoxamin. Bezpečnosti v graviditě byla věnována pozornost také např. u venlafaxinu, léčiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI). Pokud ovšem je žena před otěhotněním léčena antidepresivem z jiné lékové skupiny, je na lékaři, zda převede léčbu na některý z léků z uvedených

MUDr. Pavel Kostíuk, CSc.
Edukafarm, Praha

Až čtvrtina těhotných žen trpí depresivní poruchou, u přibližně třetiny žen se deprese rozvine do tří měsíců po porodu. Často se známky deprese objeví již v graviditě a porucha pokračuje i v poporodní etapě. Opakovaně se vyskytuje otázka, zda je pro plod a dítě riskantnější neléčená deprese matky, nebo případně vedlejší účinky farmakoterapie.

skupin, či ponechá osvědčené léčivo, přestože není dokonale ověřené jeho působení na plod.

STUDIE TERATOGENITY

Pro posuzování teratogenity léčiv ze skupin SSRI a SNRI jsou k dispozici studie s podáváním gravidním samicím laboratorních zvířat. Podle výsledků těchto studií je riziko teratogenity u těchto léčiv minimální – přibližně 3 %, což je míra srovnatelná s výskytem vrozených vad v běžné populaci. Vysloveně se nedoporučuje v těhotenství duloxetin. Několik humánních retrospektivních studií však naznačilo, že některá léčiva ze skupiny SSRI, pokud je užívá žena v etapě kolem početí, mohou riziko vzniku některých vrozených vad zvyšovat. Tato zjištění mohla být vzhledem k malému počtu případů náhodným jevem, navíc ve studiích nebyly posuzovány další možné teratogenní vlivy včetně kouření a hloubka deprese matky, což je faktor, jenž mohl vést k nekontrolovanému užívání dalších látek s případným teratogenním působením. Není jasné, zda tato antidepresiva zvyšují riziko malformací jen zanedbatelně, nebo je nezvyšují vůbec. Pokud jde o riziko spontánních abortů, nesledovala žádná z dostupných studií souběžně s užíváním antidepresiv další významné kauzální faktory.

PŘÍPADNÁ DALŠÍ RIZIKA

Výsledky řady studií naznačují, že užívání léčiv ze skupiny SSRI a tzv. bicyklických antidepresiv v těhotenství může mírně zvyšovat riziko maladaptace novorozence (např. neklid, obtíže s krměním, přechodná dechová tíseň). Jde většinou o nezávažné symptomy, které poměrně rychle vymizí. I u těchto studií však chybí např. zhodnocení hloubky deprese matky a s tím souvisejících rizikových faktorů.

Není definitivně vyřešen ani problém podávání antidepresiv v pozdějších obdobích gravidity; podle jedné retrospektivní studie by podávání některých SSRI ve druhé polovině těhotenství mohlo zvyšovat riziko plicní hypertenze novorozenců.

Mimo jiné z těchto důvodů se někdy doporučuje v posledním trimestru gravidity léčiva ze skupiny SSRI nepodávat, či snižovat jejich dávkování; nebyla však prokázána bezpečnost tohoto postupu vzhledem k častému zhoršení deprese právě v tomto období.

Pokud jde o vývoj nervového systému u dítěte po narození, nebyla prokázána škodlivost podávání léčiv ze skupiny SSRI, naopak bylo konstatováno, že neléčená deprese u matky nepříznivě ovlivňuje vývoj dítěte v předškolním věku.

Podávají-li se léčiva ze skupiny SSRI během laktace, je jejich koncentrace v organismu kojenčů poměrně nízká. Podle některých doporučení je z tohoto hlediska výhodným léčivem v laktaci sertralin.

Co se týče použití tzv. přírodních antidepresiv (např. extraktu z třezalky tečkované), nejsou k dispozici dostatečné údaje o jejich bezpečnosti v tomto období, a proto je nelze jako alternativu k léčivům z poměrně dobře prozkoumaných skupin (např. SSRI) doporučit.

ZÁVĚR

Obecně lze říci, že léčbu deprese v těhotenství a laktaci je třeba posuzovat individuálně, přičemž nejvíce jsou z tohoto hlediska prozkoumána léčiva ze skupiny SSRI a některá léčiva ze skupiny SNRI. Je vhodné se pokud možno vyhnout paroxetinu. Riziko neléčené deprese lze vnímat jako větší než případné riziko, které může přinést léčba. Způsob léčby deprese v graviditě by měl být pokud možno stanoven ještě před otěhotněním, změny léčby během těhotenství zvyšují riziko recidiv. O léčbě by měli být informováni všichni lékaři, kteří o těhotnou ženu pečují (včetně praktického lékaře, psychiatra a gynekologa), aby nedošlo ke snížení compliance pacientky s nepříznivými důsledky pro zvládnutí deprese v graviditě. Je třeba si uvědomit, že neléčená deprese těhotné ženy svými přímými i nepřímými vlivy má na plod dopad, který může být nebezpečnější než případná rizika farmakoterapie (pokud je zvoleno vhodné léčivo). Depresi je třeba i v těhotenství a laktaci léčit stejně jako hypertenzi, astma či epilepsii a další závažná onemocnění.

Literatura

ACOG practice bulletin No.87: Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2007;110:1179-1198.

Greene MF. Teratogenicity of SSRIs – serious concern or much ado about little? *N Engl J Med* 2007;356:2732-2733.

Lusskin SI, Turco J. Deprese v těhotenství – neléčení není alternativou. *Gynekologie po promoci* 2008;8(3):34-38.

Další literatura u autora.

