

Psychofarmaka a gravidita

MUDr. Zdeňka Vyhnánková

ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PRO FARMAKOTERAPII V TĚHOTENSTVÍ

- nemoc většinou znamená větší riziko než léčba
- indikace by měla být podložená a ne alibistická
- většina léků plod nepoškodí
- volíme monoterapii
- volíme přípravky staré a dávno používané
- obvyklé jsou nutné vyšší dávky
- jsou kontraindikována homeopatika a přírodní léky
- při nejistotě konzultovat gynekologa nebo genetika

RIZIKO PRO PLOD

- orgánová malformace (teratogenita)
- perinatální syndrom (neonatální toxicita)
- postnatální behaviorální potíže (behaviorální toxicita)

KLASIFIKACE FARMAK PODLE RIZIKA PRO PLOD

- A - kontrolované studie neukazují riziko
- B - není důkaz pro riziko u lidí
 - clozapin, fluoxetin, sertralin, paroxetin, bupropion, maprotilin
- C - riziko nemůže být vyloučené (lze je podat pouze s rizikem)
 - haloperidol, chlorpromazin, levopromazin, olanzapin, risperidon, quetiapin, clomipramin, fluvoxamin, citalopram, mirtazapin, carbamazepin, lamotrigin
- D - pozitivní průkaz rizika (za určitých okolností je použití přijatelné)
 - amitriptylin, valproát, lithiun, BZD
- X - kontraindikace (riziko převažuje nad ziskem)

DOPORUČENÍ PRO LÉČBU AP V TĚHOTENSTVÍ

- terapie AP je někdy nezbytná
- klasická AP nemají teratogenní působení nebo je relativně malé (0,5%)
- AP 2. generace – dle kazuistik nejsou spojena s vyšším rizikem
- největší riziko je v I. trimestru a závisí na dávce
- je obtížné najít ideální AP pro nedostatek informací

PRAVIDLA PRO LÉČBU AP V TĚHOTENSTVÍ

- plánovat těhotenství
- nefarmakologické léčebné postupy
- vysadit medikaci v prvním trimestru
- snížit na minimální účinnou dávku
- lépe kontinuálně minimální dávku než vysoké dávky při dekompenzaci
- monoterapie
- nevhodné alifatické fenothiaziny, haloperidol v malých dávkách doporučován
- úspěšně podáván sulpirid
- nevysazovat před porodem
- nekojit

RIZIKA NELÉČENÉ DEPRESE

- rizika spojená s průběhem choroby (suicidální a sebepoškozující jednání, rozvoj psychotických příznaků)
- snížená chuť k jídlu (malnutrice)
- špatný spánkový režim
- nedostatečná perinatální péče
- užívání nežádoucích látek (drogy, alkohol)
- korelace neléčené deprese s nižším skóre Apgarové
- vyšší procento perinatálních komplikací a předčasný porodem

VOLBA ATD V GRAVIDITĚ

- zařazení do nízké kategorie rizika
- nízký počet metabolitů
- krátký poločas vylučování
- nízký výskyt nežádoucích účinků

- většina ATD je klasifikována jako C

ANTIDEPRESIVA V TĚHOTENSTVÍ

- IMAO vyloučeny
- TCA - doporučován nortriptylin, desimipramin
- SSRI - relativně bezpečná (sertralin, paroxetin)
- relativní bezpečnost venlafaxinu v I. trimestru
- monoterapie, nejnižší možné dávkování
- jiná nová ATD nejsou doporučována
- pokud to lze, vysadit ATD 1-2 týdny před plánovaným porodem
- po porodu snížit dávkování na úroveň před těhotenstvím

STABILIZÁTORY NÁLADY

- při nízkém riziku relapsu vysadit během 2 týdnů lithium na dobu prvních 12 týdnů gravidity
- pokud je podávání nutné, vyšetřit plod ultrazvukem a echokardiografií v 16.-18. týdnu gravidity
- nejnižší únosná lithemie, více denních dávek
- 2 týdny před porodem snížit dávku Li o 25-30% (ztráta tělních tekutin při porodu)
- obnovit původní dávku během 48 hodin po porodu
- při léčbě carbamazepinem a valproátem vyšetření plodu
- preventivně podávat kyselinu listovou (4-5 mg/den)

STABILIZÁTORY NÁLADY – další možnosti

- podávání lamotriginu není spojeno se zvýšeným rizikem teratogenity
- olanzapin může být bezpečnou alternativou
- doporučena zástava laktace při podávání lithia
- při podávání carbamazepinu nebo valproátu kojit s co největším časovým odstupem po požití medikace, střídat s umělou výživou, sledovat vigilitu dítěte

DOPORUČENÍ U KOJÍCÍCH ŽEN

- před zahájením ATD léčby vyšetřit, zda dítě nemá tělesnou nebo neurologickou abnormitu
- lék, o němž je nejvíce údajů ve vztahu ke kojení
- monoterapie a nejnižší účinná dávka
- kojit, kdy jsou plazmatické hladiny nejnižší
- monitorovat sérové koncentrace u dítěte
- jasně vysvětlit rizika a výhody ATD léčby
- při kojení doporučován SSRI (paroxetin, sertralin), amitriptylin, nortriptylin, desimipramin, clomipramin

ÚZKOSTNÉ PORUCHY A NESPAVOST V GRAVIDITĚ

- preferovat nefarmakologické intervence
- lék volby ATD (SSRI)
- nepodávat BZD v I. trimestru
- z BZD podávat krátkodobě působící (oxazepam, alprazolam)
- podávat co nejnižší účinnou dávku
- postupně vysadit BZD do 2 týdnů před porodem
- pro nespavost zopiclon

ÚZKOSTNÉ PORUCHY A NESPAVOST V LAKTACI

- preferovat nefarmakologické intervence
- zvážit kojení po dobu farmakoterapie
- lék volby ATD (SSRI)
- z BZD krátkodobě působící (oxazepam)
- malé jednorázové dávky jsou bezpečné - monitorovat ospalost
- vysazovat BZD pozvolna
- pro nespavost podávat zolpidem