

FORSKARE:
Margareta Reis
KLINIK/INSTITUTION:
Klinisk farmakologi,
Linköpings universitet
E-POST: margareta.reis
@liu.se

**FORSKNINGENS
DAG 2010**
Depression
& mani

ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL VID GRAVIDITET OCH AMNING

Många kvinnor upptäcker att de är gravida under pågående behandling med antidepressiva läkemedel. Att en kvinna använt ett antidepressivt läkemedel under första trimestern ska **ALDRIG** behöva leda till en diskussion om att avbryta graviditeten.

Bakgrundsfakta

Det föds cirka 100 000 barn i Sverige per år. Svensk och internationell forskning visar att 10–20 % av blivande och nyförlösta mammor lider av psykisk ohälsa. Flera lider av depression och första episoden bryter ofta ut i unga år; en tid som sammanfaller med familjebildning.

Ett behandlingsalternativ är farmakologiskt. När man behandlar en gravid kvinna måste både kortsiktiga och långsiktiga perspektiv för mamman och barnet beaktas. Kvinnan ska diagnostiseras professionellt. Risk för återfall i grundsjukdomen, självmordsrisk och självskadebeteenden hos mamman måste minimeras. Detta ska vägas mot eventuell missbildningsrisk, utsättningsymtom och långsiktig kognitiv utveckling hos barnet. Risken för fostermissbildning beror på när under graviditeten som fostret exponeras. De flesta vitala organ, bland annat hjärtat anläggs under första trimestern (de första tre månaderna efter befruktning) och det är då som den fysiska missbildningsrisken är som störst. Men utvecklingen, inte minst av centrala nervsystemet, fortsätter under hela graviditeten.

Sjukdomen

Depression innebär en kraftigt ökad ångest och stressnivå hos den gravida kvinnan. Detta har förknippats med dålig tillväxt hos fostret samt för tidig födsel och låg födelsevikt. Förklaringsmodellerna kan vara både sociala och/eller fysiologiska. Rökning är betydligt vanligare hos deprimerade än hos friska kvinnor liksom dålig kosthållning, andra sjukdomar och skadliga alkoholvanor. Inga av dessa faktorer är bra för fosterutvecklingen.

Fostret påverkas alltså alltid. Inte bara om det exponeras för farmaka utan också av sjukdomen som sådan. En obehandlad depression kan få långsiktiga konsekvenser så som svårigheter för mamman att knyta an till barnet.

Läkemedelsbehandling

Behandling med antidepressiva läkemedel innebär ingen generell ökad missbildningsrisk. Ett undantag är en ökad risk för hjärnmissbildningar, hos barn exponerade för paroxetin eller klomipramin. Det är dock inte självklart att man ska byta preparat på välinställda patienter då risken är relativt liten.

Mammor som använt antidepressiva och deras nyfödda har jämförelsevis en ökad sjuklighet. Mammorna är äldre, röker, har högre BMI och tar fler andra mediciner. Barnen har en ökad risk att födas för tidigt och de har låg födelsevikt. Om detta beror på läkemedlet, på andra faktorer eller på den underliggande psykiatriska sjukdomen går inte att säga.

Antidepressiv behandling under senare halvan av graviditeten

Kvinnor kan nyinsjukna i en depression under senare delen av graviditeten och farmakologisk behandling bör erbjudas efter psykiatrisk konsultation. Utsättningsymtom hos det nyfödda barnet ökar dock vid sen exponering av antidepressiva läkemedel och barnet ska övervakas noga. Symtomen, såsom sprittighet, andningsproblem och ned-satt sugförmåga, är dock oftast milda och övergående inom två veckor. En något ökad risk (3–6 på 1000 barn födda efter vecka 34) för den mycket ovanliga sjukdomen persisterande pulmonell hypertension (PPHN) kan dock ses hos barn som exponerats för SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) under den senare halvan av graviditeten.

Observera att utsättning av antidepressiva läkemedel under graviditet ökar återfallsrisken i depression påtagligt!

Amning

Överföringen i bröstmjolk av alla antidepressiva läkemedel är låg, allra lägst för sertralin (till exempel Zolof) och risken för att barnet ska påverkas bedöms som liten.

Sammanfattning

Farmakologisk behandling av den deprimerade gravida och/eller ammande kvinnan ska styras av professionell handläggning och en individuellt baserad risk-nyttö analys. Vid mild depression kan ökad klinisk kontakt och samtalsterapi räcka, men vid djupare depression bör läkemedelsbehandling erbjudas och det är viktigt med tidig psykiaterkontakt och noggrann uppföljning av mamma och barn efter förlossningen.

