

Možnosti farmakoterapie poporodní deprese při zachování laktace

MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.^{1,2}

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany

²3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Období během těhotenství a po porodu je časem výzev pro všechny rodiče a narušení duševního zdraví situaci značně komplikuje. Deprese patří mezi nejčastější psychické poruchy, které mohou ženu po porodu postihnout. Rozhodování o farmakoterapii duševních poruch v těhotenství a v době kojení bývá v klinické praxi zdrojem nejistoty. Znalosti o bezpečnosti antidepresiv při kojení se však dynamicky vyvíjejí a dle současných znalostí máme na výběr z více antidepresiv, jež jsou považována za slučitelná s kojením. Toto sdělení je doplněno i kazuistickou ukázkou.

Klíčová slova: poporodní deprese, antidepresiva, kojení, farmakoterapie.

Possibilities of pharmacotherapy of postpartum depression while maintaining lactation

The period of pregnancy and postpartum is a time of challenge for all parents, and mental health disorders greatly complicate the situation. Depression is one of the most common mental disorders that can affect a woman after childbirth. Decisions about pharmacotherapy of mental disorders in pregnancy and lactation are a source of uncertainty in clinical practice. However, knowledge about the safety of antidepressants during breastfeeding is evolving dynamically, and according to current knowledge, we have a choice of several antidepressants that are considered compatible with breastfeeding. The communication is accompanied by a case study.

Key words: postpartum depression, antidepressants, breastfeeding, pharmacotherapy.

Úvod

„Moc nechápu, jak jsem se dostala s psychikou na dno, až tak dolů, že teď sedím u psychiatra. Máme zdravé dítě, porod proběhl bez problémů a ani nemám problémy s kojením“.

TP, 33 let.

Těhotenství, porod a období prvního roku po porodu může být pro některé ženy psychicky náročné. Během tohoto období (tzv. perinatálního) se spolu s obdobím menopauzy u žen vyskytuje nejvyšší prevalence depresivních příznaků (1). Dle aktuální meta-analýzy 96 studií je uváděna prevalence perinatální deprese 12 % (2). Mezi další časté psychické obtíže u žen

v perinatálním období patří úzkostné poruchy s udávanou prevalencí 21 % (3). Přestože neléčené psychické poruchy v perinatálním období mají negativní dopady na časné rodičovské dovednosti, budování citové vazby k dítěti i kvalitu života ženy a její rodiny, až 76 % českých žen, které zažívají perinatální psychickou poruchu, nevyhledá odbornou péči (4, 5). Mezi časté bariéry patří nedostupnost odborníků, ale i jejich vlastní předsudky a předsudky jejich partnerů, včetně širší rodiny (6).

Specifika managementu duševního zdraví žen a mužů v perinatálním období jsou v zahraničí reflektována existencí relativně mladé psychiatrické specializace – perinatální psychiatrie, dále

i systematickým vzděláváním porodních asistentek v této oblasti (7, 8). V České republice se problematice perinatální psychiatrie dlouhodoběji věnovalo Psychiatrické centrum Praha a na něj navazující Národní ústav duševního zdraví (9–13).

Rozhodování o farmakoterapii duševních poruch v těhotenství a v době kojení bývá v klinické praxi zdrojem nejistoty. Na jedné straně zvažujeme potenciální následky léků pro plod či kojenice a na straně druhé negativní důsledky neléčené duševní poruchy. V aktuálním článku přinášíme aktuální poznatky o bezpečnosti antidepresiv při kojení, které jsou doplněny o rozbor kazuistiky z praxe perinatální ambulance Národního ústavu duševního zdraví.

Vlastní případ

Přibližně deset měsíců od porodu kontaktovala paní TP naši perinatální ambulanci na základě doporučení peer konzultantky z organizace Úsměv mámy (www.usmevmamy.cz). Jedná se o 33letou, vdanou ženu a matku jednoho dítěte. Matka pacientky dochází k psychiatrovi kvůli nespavosti a užívá medikaci na spaní. Osobní anamnéza pacientky je bez nápadností. Pacientka neguje v anamnéze gynekologické obtíže či příznaky premenstruační dysforie. Hormonální antikoncepci užívala od 16 do 31 let. První kontakt s psychiatrií se u pacientky odehrál v 18 letech věku v období kolem maturity na osmiletém gymnáziu. Jednalo se o vyústění déle trvajících depresivních příznaků s abulií, anhedonií a ztrátou chuti k jídlu v kontextu problematické situace s tehdejšími přítelem, který byl abúzer návykových látek. Pacientka při vstupním vyšetření uvádí, že užívala antidepresiva přibližně od 18 do 21 let, ale již si nevzpomene jaká. Na psychoterapii nikdy nedocházela. V dalším průběhu života již nebyla pacientka dispenzarizována na psychiatrii. Po maturitě studovala vysokou školu, kterou zakončila magisterským vzděláním. Od ukončení studia do začátku mateřské dovolené pracovala v knihovně. S partnerem, který je otcem dítěte, jsou spolu šest let a jejich partnerský vztah se vyvíjí bez větších „třecích ploch“. Dítě bylo plánované a chtěné pacientkou i jejím partnerem. Jednalo se o její první těhotenství. Průběh těhotenství byl bez vážnějších fyzických či psychických obtíží. Pacientka porodila zdravou dceru per vias naturales a bez komplikací. Proces kojení se nastartoval bez problémů. Při komplexním vyšetření popisovala rozvoj příznaků cca od konce šestinedělí, tedy již osm měsíců před tím, než vyhledala psychiatrickou péči.

„Postupně jsem ztrácela radost z dcery, chuť k jídlu, nic mne nebavilo, byla jsem strašně unavená, ale říkala jsem si, že to patří k šestinedělí. Stav ale přetrvával dále. Nechávala jsem to být a snažila jsem se to nějak přechkat. Partner mi také dost z počátku pomáhal. Jediná věc, která byla trochu obtížnější, bylo to, že máme oba rodinu dost daleko. K tomu ještě probíhala naplno epidemiologická opatření, takže jsem s nikým nebyla moc v kontaktu. Postupem času, přibližně když měla dcera pět měsíců, jsem už byla strašně unavená. Dcera špatně spala a já se taky moc nevyspala. Nespala jsem, i když jsem mohla, hlavou se mi honily myšlenky, co dělám špatně a že jsem špatná máma. Asi od

sedmého měsíce ke všemu přibýlo i naštvání na dceru, že může za to, jak mi je, že nespí, že nechce naschvál usnout a podobně. Vždycky jsem si pak tyto svoje vzteky strašně vyčítala a moje nálada klesala ještě níže. Po nějaké době jsem pak vyhledala Úsměv mámy a přes ně jsem dostala kontakt na vaši ambulanci.“

Pacientka při vstupním vyšetření měla skór na Edinburské škále perinatální deprese 18 z 30, což svědčí pro přítomnost středně těžké depresivní symptomatiky. Skór na Screeningové škále perinatálních úzkostí neukazoval na přítomnost klinicky závažných úzkostí, pacientka naškalovala 19 z 93 možných bodů. Při vyplňování Perinatálního psychosociálního profilu, tedy dotazníku mapujícího psychosociální stresory, pacientka identifikovala jako velmi stresující pouze své mateřství a určité obavy v ní vyvolával pocit celkového přetížení a starosti o zdraví dítěte. Naopak jako neobtěžující hodnotila svoji finanční a rodinou situaci. U pacientky nasazujeme sertralin 25 mg, který po 3 dnech pacientka navýší na 50 mg. Dále po 14 dnech na 100 mg. Další kontrola byla domluvena za měsíc. Byly jí předány aktuální informace o možnostech laktace při užívání sertralinu a ona s jeho užíváním souhlasila. Dále doporučujeme pokračovat s využíváním peer podpory z organizace Úsměv Mámy.

Při kontrole po měsíci pacientka uvádí, že se cítí mnohem lépe než při první kontrole, dokonce se odhodlala využít i služeb psychologů. Nežádoucí účinky nasazování medikace neguje. Stále plně kojí a nepozoruje změny v chování své dcery. Je u ní znatelná i změna na psychometrických škálách, kdy skór na Edinburské škále perinatální deprese činí 4 z 30 (pokles od prvního vyšetření o 78 %), skóre úzkostných příznaků je stále v normě (17 z 93 bodů). Pacientka také již nehodnotila své mateřství jako příliš zatěžující. Na další kontrole po dvou měsících skóry psychometrických škál stále ukazovaly na remisi. Pacientka popisovala, že jí ta antidepresiva „zachránila mateřství“. Také říkala, jak si zpětně trochu vyčítá, že nevyhledala péči dříve a přesvědčovala se, že myšlenky, které ji napadají, jsou způsobeny mateřstvím. Přitom pravidelně chodila na všechny kontroly na gynekologii i s dcerou k pediatričce. Po pěti měsících od první kontroly jsme naplánovali postupné vysazení sertralinu, při snižování o 25 mg à týden. Šestý měsíc od prvního kontaktu s pacientkou

jsme v naší ambulanci ukončili dispenzarizaci. Pacientka také ukončila čerpání služeb od organizace Úsměv mámy.

Diskuze

Perinatální deprese je jedna z nejčastějších psychických komplikací během těhotenství a v období po porodu. Deprese neovlivňuje jen ženu samotnou, ale i její nejbližší okolí. Ekonomické dopady neléčené perinatální deprese pro společnost byly např. ve Velké Británii vyčísleny na 75 tisíc liber na jeden případ (14). Z těchto důvodů se v posledních letech stalo zlepšování systému péče o perinatální duševní zdraví žen jednou z priorit národní politiky např. ve Spojených státech amerických, Velké Británii nebo Austrálii (5, 15, 16). Prvním krokem těchto inovací je zavedení systému aktivního screeningu perinatálních duševních poruch (17).

Na příkladu pacientky z naší ambulance lze pozorovat, že i přes to, že byla v období po porodu v pravidelném kontaktu se zdravotní péčí, tak u ní probíhala dlouhodobě neléčená deprese. Ke specializované péči se pacientka dostala až po kontaktování peer organizace Úsměv mámy. Zdá se, že ideálním místem screeningu poporodních duševních poruch a místem vstupu do systému péče je kontrola po šestinedělí v gynekologické ambulanci. Takovýto screening je obsažen například v doporučeních Americké asociace gynekologů a porodníků (18). Nutností je však existence sítě navazující péče, protože screening samotný přináší pacientkám jen malý benefit (19). V Národním ústavu duševního zdraví proto aktuálně takovýto model péče testujeme.

Po iniciálním vyšetření jsme u naší pacientky volili jako první farmakologickou volbu sertralin. Dle nově popsaného systému určující bezpečnost antidepresiv při kojení se však nabízí více možností volby. Tento systém hodnocení bezpečnosti je založen na šesti parametrech: A) celkový počet kojících žen v publikovaných studiích užívajících antidepresiva; B) poměr dávky antidepresiva nalezené u kojence k dávce nalezené u matky; C) celkový počet dětí kojených ženou užívající antidepresivum; D) plazmatická hladina antidepresiva nalezená u kojenců; E) prevalence nežádoucích účinků u kojence; a F) prevalence závažných nežádoucích účinků u kojence. Celkové bezpečnostní skóre je v rozsahu 0–10, přičemž vyšší skóre představuje bezpečnější

Inzerce

antidepresivum při kojení (20). Podrobnější informace přináší tabulka 1.

Kromě farmakologické léčby deprese v poporodním období je efektivní pacientky směřovat i k nefarmakologickým intervencím. Jednou z možností je využívat služeb peer konzultantek. Jedná se o základní podpůrnou intervenci, kdy má pacientka možnost probírat svoje obtíže s proškolenou ženou, která si v minulosti sama prošla depresí v perinatálním období, díky čemuž s ní dokáže sdílet její těžkosti. Naše pacientka využívala služeb organizace Úsměv mámy, která se této problematice věnuje v rámci České republiky a nabízí své služby i distančně. Ze zahraničních studií víme, že peer podpora přináší pacientkám benefity (21). Další možností nefarmakologické intervence perinatální deprese je například užívání mobilních aplikací speciálně vyvinutých pro ženy v perinatálním období (22). V českém prostředí je dostupná aplikace Kogito (www.kogito.cz) vyvinutá v Národním ústavu duševního zdraví.

Závěr

Deprese po porodu bývá u žen v perinatálním období jednou z nejčastějších psychických komplikací. Znalosti o bezpečnosti psychofarmak při kojení se relativně rychle aktualizují

Tabulka 1. Bezpečnostní skóry a profil antidepresiv užívaných při kojení

Parametr	A	B	C	D	E	F	Celkem	Bezpečnost
Antidepresivum								
sertralin	3,0	1,5	1,0	1,0	2,0	1,0	9,5	velmi vysoká
paroxetin	3,0	1,5	1,0	1,0	1,5	1,0	9,0	velmi vysoká
citalopram	2,5	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	8,0	dobrá
venlafaxin	1,5	1,0	1,0	0,5	2,0	1,0	7,0	střední
amitriptylin	1,5	2,0	0	1,0	1,5	1,0	7,0	střední
fluoxetin	3,0	0,5	1,0	0,5	1,5	0	6,5	střední
escitalopram	1,5	1,0	0,5	1,0	1,5	0	5,5	střední
mirtazapin	1,0	1,5	0,5	0,5	1,0	1,0	5,5	střední
klomipramin	1,0	1,5	0	1,0	0,5	0,5	4,5	nízká
bupropion	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4,0	nízká
trazodon	1,0	2,0	0	0	0,5	0,5	4,0	nízká

A = celkový počet kojících žen užívajících antidepresiva, body bezpečnosti 0–3, 0 bodů = žádná data, 3 body = více než 200.

B = poměr dávky kojenec matka, body bezpečnosti 0–2,

0 bodů = žádná data nebo více než 25 %, 2 body = 0–2,0 %

C = celkový počet kojených dětí, body bezpečnosti 0–1,

0 bodů = žádná data nebo méně než 5, 1 bod = 15 a více

D = plazmatická hladina u kojenice, body bezpečnosti 0–1,

0 bodů = žádná data, nebo detekovatelné u všech kojenců,

1 bod = nedetekovatelná hladina u více než 50 % kojenců

E = prevalence nežádoucích účinků, body bezpečnosti 0–2,

0 bodů = žádná data nebo více než 25 %, 2 body = méně jak 2 %.

F = prevalence závažných nežádoucích účinků, body bezpečnosti 0–1,

0 bodů = žádná data nebo popsany výskyt, 1 bod = bez výskytu

a dle současných poznatků již v psychiatrické praxi disponujeme relativně širokou paletou antidepresiv, která můžeme kojící ženě předepsat. Zástava laktace tak není u většiny případů nutná. K dosažení maximální odpovědi na námi nastavenou farmakoterapii je vhodné pacientku

motivovat k využívání specializovaných nefarmakologických intervencí, jako je peer podpora či specializované mobilní aplikace.

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NU21J-09-00064.

LITERATURA

- Howard LM, Piot P, Stein. No health without perinatal mental health. *Lancet*. 2014;384(9956):1723–1724.
- Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017 Sep;219:86–92.
- Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2019 Jul 23;80(4):18r12527.
- Šebela A, Byatt N, Formanek T, Winkler P. Prevalence of mental disorders and treatment gap among Czech women during paid maternity or parental leave. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Apr;24(2):335–338.
- Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):313–327.
- Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*. 2019 Jan 24;9(1):e024803.
- Appleby L, Kumar Ch, Warner R. Perinatal psychiatry. *International Review of Psychiatry*. 1996;8(1):5–7.
- Ross-Davie M, Elliot S, Sakara A, Green L. A Public Health

- Role In Perinatal Mental Health: Are Midwives Ready? *British Journal of Midwifery*. 2006;14(6):330–334.
- Mohr P. Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci anxiolytika a hypnotiky. *Psychiatrie*. 2002;6(Suppl. 2):22–28.
- Seifertová D, Mohr P, Strunzová V, Čepický P. Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*. 2007;3:118–124.
- Šebela A, Hanka J, Goetz M, Mohr P. Psychofarmaka v těhotenství a jejich dopad na neurobehaviorální vývoj dítěte II.: Antipsychotika, stabilizátory nálady, anxiolytika. *Psychiatrie*. 2017;21(4):195–203.
- Šebela A, Hanka J, Mohr P. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 2018;83(6):468–473.
- Šebela A, Hanka J, Mohr P. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie. Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi*. 2019;20(1):21–25.
- Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord*. 2016 Mar 1;192:83–90.
- Luca DL, Margiotta C, Staatz C, Garlow E, Christensen A, Zivin K. Financial Toll of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders Among 2017 Births in the United States. *Am J Public Health*. 2020 Jun;110(6):888–896.

- Yelland JS, Sutherland GA, Wiebe JL, Brown SJ. A national approach to perinatal mental health in Australia: exercising caution in the roll-out of a public health initiative. *Med J Aust*. 2009 Sep 7;191(5):276–9.
- Šebela A, Martan S, Kubrichtová V, Hanka J, Mohr P. Prevalence perinatálních duševních poruch: současná situace ve světě a v České republice. *Gyn Por*. 2019;3(3):1–4.
- ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2018 Nov;132(5):e208–e212.
- Byatt N, Xu W, Levin LL, Moore Simas TA. Perinatal depression care pathway for obstetric settings. *Int Rev Psychiatry*. 2019 May;31(3):210–228.
- Uguz F. A New Safety Scoring System for the Use of Psychotropic Drugs During Lactation. *Am J Ther*. 2021 Jan-Feb 01;28(1):e118–e126.
- Huang R, Yan C, Tian Y, Lei B, Yang D, Liu D, Lei J. Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Nov 1;276:788–796.
- Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, Tyler MS, Ross J, Ericksen J. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res*. 2016 Mar 7;18(3):e54.