



Katedra i Klinika Psychiatryczna
Akademii Medycznej w Warszawie

Leczenie zaburzeń psychicznych w ciąży

Beata Ryszewska-Pokraśniewicz
Maria Radziwoń-Zaleska
Piotr Januszko



Leki psychotropowe a ciąża

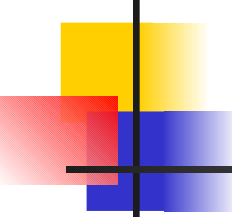
- Co najmniej 35 % kobiet w ciąży przyjmuje leki psychotropowe, głównie pochodne benzodwiazepin.
- Żadne z leków psychotropowych nie są przeznaczone dla ciężarnych(wg FDA D i C).
- W przypadku większości leków decyzja co do leczenia czy odstawienia leków powinna wynikać z rozważenia:
 6. Niedostatecznie poznanego ryzyka stosowanych leków.
 7. Indywidualnych danych o chorobie z uwzględnieniem zagrożenia związanego z objawami i przebiegiem choroby.
 8. Skutkach nie leczenia zaburzenia czy choroby (ryzyko komplikacji podczas ciąży).



Ryzyko uszkodzeń prenatalnych

- Blastogeneza 1-2 tydzień - obumarcie zarodka.
- Embriogeneza 3-11 tydzień - wady rozwojowe-działanie teratogenne.
- Rozwój płodu 12-40 tydzień - upośledzenie wzrostu, zaburzenia zachowania.
- Okres okołoporodowy i karmienia - reakcje toksyczne, zespoły abstynencyjne.

(Rzewuska, 2003)



Podział leków ze względu na kategorie występowania wad wrodzonych wg Amerykańskiej Komisji Żywności i Leków – FDA (ang.: Food and Drug Administration)

- **FDA A** - leki bezpieczne dla płodu (brak w tej grupie leków psychotropowych).
- **FDA B** - brak danych o działaniu teratogennym u ludzi, w badaniach na zwierzętach –możliwość większego ryzyka powstania wad.
- **FDA C** - badania na zwierzętach wykazują potencjalne ryzyko powodowania wad, jednak nie ma danych , by wywierały szkodliwe działanie u ludzi.
- **FDA D** - podwyższone ryzyko powstania wad płodu.
- **FDA X** - istotnie większe ryzyko powstania wad płodu.



Ogólne zasady stosowania leków psychotropowych w ciąży

- Należy upewnić się, że obecna choroba matki jest na tyle zagrażająca jej i dziecku, że przeważa nad ryzykiem potencjalnego uszkodzenia płodu.
- W przypadkach, gdy jest to niezbędne, stosowanie leku dobrze znanego, w monoterapii, w najmniejszej skutecznej dawce, dzielonej w ciągu dnia w celu uniknięcia dużego stężenia we krwi.
- Nie należy stosować żadnych leków w I trymestrze ciąży.
- Nie należy stosować leków w ostatnich 2-3 tygodniach przed porodem, aby zapobiec wystąpieniu objawów toksycznych i abstynencyjnych u noworodka.

(Rzewuska, 2005)



Wpływ ciąży na farmakokinetykę leków

- Zwiększenie objętości osocza- upośledzenie objętości dystrybucji- skrócenie okresu półtrwania leków.
- Zwiększenie pojemności wyrzutowej serca i przepływu krwi przez nerki-zwiększenie eliminacji przez nerki.
- Zwiększenie metabolizmu wątrobowego.
- Spadek stężenia białek krwi w III trymestrze ciąży- glikoprotein alfa-1-osłabienie wiązania z białkami, zwiększenie wolnej frakcji leków.

(Morrow J. I., Craig J., 2003)



Okresy leczenia

- *Okres przed ciążą*
- Edukacja pacjentki i jej partnera, przygotowanie pacjentki , aby odpowiednio zaplanowała ciążę: właściwe odżywianie , tryb życia, rezygnacja ze złych nawyków, o ile to możliwe odstawienie leków.
- W aktywnej fazie leczenia odradzać planowanie ciąży.
- U pacjentek ze znacznym ryzykiem ciężkiego nawrotu korzystniejsze jest utrzymanie leczenia farmakologicznego.

(Rzewuska, 2003)



Okresy leczenia (c. d.)

- **I trymestr**
- Nie należy stosować leków psychotropowych.
- Metodą z wyboru jest psychoterapia, fototerapia lub deprywacja snu.
- W przypadku konieczności leczenia – stosować leki z grupy FDA – B w najmniejszej dawce, dzielonej w ciągu doby.



Okresy leczenia (c.d.)

- **II trymestr i III trymestr**
- 2. Przy braku odpowiedzi na leki z grupy FDA – B, można stosować leki z grupy FDA C i D.
- 3. Monitorować stężenie leków, ze względu na zmiany w objętości wody ustrojowej i pracy nerek.
- **Okres przed porodowy** - 2-3 tygodnie przed porodem należy odstawić leki.
- **Połów** - 6-12 tygodni po porodzie.



Kryteria doboru leków i prowadzenia leczenia u kobiet dotychczas nie leczonych

- U kobiet w wieku rozrodczym zastosowanie leków psychotropowych powinno być poprzedzone wykonaniem testu ciążowego.
- Przed podjęciem leczenia u ciężarnych należy rozważyć wpływ choroby, jak i leków na matkę i płód.
- Największa wrażliwość płodu na czynniki toksyczne to 17 a 60 dzień ciąży.
- W przypadku konieczności leczenia-należy stosować lek w najmniejszej skutecznej dawce dzielonej w ciągu dnia i wnikliwie monitorować działania niepożądane.



Kryteria doboru leków i prowadzenia leczenia u kobiet dotychczas nie leczonych (c.d)

- Unikać politerapii.
- Uwzględnić zmiany farmakokinetyki leków w ciąży.
- Przed zakończeniem ciąży wskazane jest odstawienie leków (zapobieganie wystąpieniu zatrucia i zespołom odstawiennym u noworodka).

(Rzewuska , 2005)



Kryteria doboru leków i prowadzenia leczenia u kobiet dotychczas leczonych

- Ocenic czy próba odstawienia leków nie wiąże się z ryzykiem nawrotu i koniecznością stosowania wyższych dawek.
- W takich sytuacjach należy dobrać lek o najmniejszym potencjale teratogennym i kontynuować farmakoterapię w najmniejszych skutecznych dawkach, podzielonych w ciągu doby.
- Wskazane jest współdziałanie ginekologa i psychiatry w celu zoptymalizowania opieki nad pacjentką.

(Rzewuska, 2005)



Zaburzenia psychiczne w ciąży i w okresie połogu

- Zapowiedź pojawiających się zaburzeń psychicznych (pierwszy epizod).
- Izolowany epizod.
- Kolejny epizod.



Podział zaburzeń psychicznych w ciąży wg klasyfikacji ICD -10

- Autorzy ICD 10 zalecają , by rozpoznawać zaburzenia psychiczne jako związane z porodem, jeśli pojawiły się w okresie 6 tygodni po porodzie i brak jest dostatecznych przesłanek ,aby klasyfikować je jako zaburzenia w kategoriach F 00 – F 48.
- Zalecają, aby zaburzenia psychiczne związane z porodem klasyfikować przy użyciu dwóch kodów ICD 10.

Rozdział V

F 53 Zaburzenia psychiczne związane z porodem, nie sklasyfikowane gdzie indziej

F 53.0 Łagodne zaburzenia psychiczne zaburzenia zachowania, związane z porodem , a nie wykazane w innym miejscu (obejmuje depresja po urodzeniu dziecka BNO i depresja poporodowa BNO)

F 53.1 Ciężkie zaburzenia i zaburzenia zachowania związane z porodem, a nie wykazane w innym miejscu (obejmuje psychozę porodową BNO)

F 53.8 Inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z porodem, a nie wykazane w innym miejscu

F 53.9 Porodowe zaburzenia psychiczne BNO

Rozdział XV

O 99.3 Ciąża, poród, poród- zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego wikłające ciążę, poród i poród



Podział zaburzeń psychicznych w ciąży wg klasyfikacji DSM IV

- Również DSM IV stosują dodatkowe określenia zaburzeń jako „z pojawieniem się po porodzie” dla następujących zaburzeń: epizodu depresji, manii lub mieszanego , zaburzeń dwubiegunowych ,czy zaburzeń psychotycznych , które pojawiły się w ciągu pierwszych 4 tygodni połogu.



DSM IV TR

■ **Criteria for Postpartum Onset Specifier**

Specify if:

With Postpartum Onset (can be applied to the current or most recent Major Depressive, Manic, or Mixed Episode in Major Depressive Disorder, Bipolar I Disorder, or Bipolar II Disorder; or to Brief Psychotic Disorder)

Onset of episode within 4 weeks postpartum

■ **Diagnostic criteria for 296.2x Major Depressive Disorder, Single Episode**

- A. Presence of a single Major Depressive Episode (see p. 327).
- B. The Major Depressive Episode is not better accounted for by Schizoaffective Disorder and is not superimposed on Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.
- C. There has never been a Manic Episode (see p. 332), a Mixed Episode (see p. 335), or a Hypomanic Episode (see p. 338). **Note:** This exclusion does not apply if all of the manic-like, mixed-like, or hypomanic-like episodes are substance or treatment induced or are due to the direct physiological effects of a general medical condition.

Specify (for current or most recent episode):

Severity/Psychotic/Remission Specifiers (see p. 376)

Chronic (see p. 382)

With Catatonic Features (see p. 382)

With Melancholic Features (see p. 383)

With Atypical Features (see p. 384)

With Postpartum Onset (see p. 386)



Zaburzenia depresyjne okresu porodu i połogu

- Postpartum blue syndrome - 50 - 80 %.
- Poporodowe psychozy depresyjne - 0.1 - 0.2 %.
- Zespoły depresyjne o różnym nasileniu.

(Pużyński, 2003)



Zaburzenia afektywne poporodowe

- Depresja poporodowa heterogenna grupa zaburzeń, których wystąpienie związane jest z porodem i które rozwijają się w czasie połogu.
- Postpartum blues „smutek poporodowy”.
- Psychozy połogowe.

(Cooper i wsp.1995)



Postpartum Blues

- występuje u 50% kobiet po porodzie
- występuje u ponad 80% kobiet po porodzie
- występuje u 30-75% kobiet po porodzie
- szczyt występowania objawów 3 – 5 tygodni po porodzie



Leczenie depresji poporodowej-profilaktyka i psychoterapia

Profilaktyka

Wpływ opieki nad noworodkiem a depresja matki

(Mandl i wsp., 1999)

Zastosowanie krótkoterminowej terapii podtrzymującej u kobiet z podwyższonym poziomem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej

(Zlotnick i wsp., 2001)

- racjonalne uzasadnienie programu edukacji psychicznej
- zmiana roli życiowej
- wsparcie i omówienie potencjalnych konfliktów
- umiejętność rozwiązywania konfliktów



Zasady leczenia depresji u kobiet w ciąży

- W pierwszym trymestrze unikać farmakoterapii.
- Jako leczenie I rzutu stosować psychoterapię, fototerapię i deprivację snu.
- Jeśli to konieczne farmakoterapię rozpocząć od fluoksetyny, lub sertraliny - z grupy FDA – B.
- W przypadku braku odpowiedzi można zastosować TLPD z grupy FDA C i D - dezypraminę, nortryptylinę, imipraminę (krótki okres półtrwania, najmniejszy wpływ na układ krążenia i antycholinergiczny).
- Unikać stosowania moklobemidu (Rajewski, 2000), maprotyliny (drgawki) oraz leków nowych - brak danych.
- W depresjach psychotycznych rozważyć EW.
- U kobiet, które przebyły depresję i zachodzi duże ryzyko nawrotu po porodzie - rozważyć stosowanie tymoleptyków w III trymestrze.
- W łagodnej depresji leczeniem z wyboru jest psychoterapia.
- W nasilonych i nawracających depresjach zastosowanie leków może zapobiec rozwojowi zachowań związanych z chorobą, a zagrażających rozwojowi dziecka (używki, złe odżywianie) powikłaniom okołoporodowymi depresji poporodowej.

(Rzewuska, 2003)



Wskazania do leczenia farmakologicznego w ciąży

- Zaburzenia nawracające z przebytymi lub obecnymi epizodami psychotycznymi.
- Z nasilonymi zaburzeniami łaknienia.
- Z tendencjami samobójczymi.



Zastosowanie elektrowstrząsów

- U ciężarnych stosowane od ponad 50 lat.
- W przypadku depresji o znacznym nasileniu, z niepokojem, myślami i tendencjami „S” oraz objawami psychotycznymi rozważyć elektrowstrząsy.
- Przegląd danych wskazuje na bezpieczeństwo tej metody, opisano jeden przypadek odklejenia łożyska (Sherer i wsp., 1991).



Leki przeciwdepresyjne

- Związek między podwyższonym stężeniem kortyzolu i katecholamin we krwi matki podczas depresji, a pogorszeniem przepływu łożyskowego oraz większą podatnością macicy na skurcze.
- Zaburzenia regulacji osi ppn i niekorzystny wpływ na płód.
- Depresja u matki- niekorzystny rozwój wewnątrzłonowy płodu-mniejsza masa urodzeniowa, mniejszy obwód głowy, niższa punktacja w skali Apgar.

(Nonacs R. i wsp., 2002)



Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne

- Nie stwierdzono podwyższonego ryzyka poronień samoistnych ani wad wrodzonych podczas stosowania TLPD (Gooldberg i wsp.1994).
- Znaczne ograniczenie wskazań do TLPD z uwagi na objawy odstawienne u noworodka.
- Wolniejszy metabolizm TLPD u noworodka , silniej wyrażone objawy antycholinergiczne (Altshuler i wsp.1996).
- Najbezpieczniejsze są nortryptylina i dezypramina (słabe działanie cholinolityczne i nieznaczny wpływ na ciśnienie tętnicze (Cohen i wsp., 1998).
- Z uwagi na zmiany objętości wody ustrojowej i funkcji nerek konieczne jest monitorowanie stężenia TLPD w surowicy ciężarnej jeden raz w trymestrze.
- W III trymestrze może dojść do redukcji poziomu TLPD o 65%
- Badania dzieci matek leczonych TLPD i SSRI nie wykazały różnic w całkowitym IQ w porównaniu z grupą kontrolną (Nulman i wsp.1997).



Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (c.d.)

- Amitryptylina FDA – D.
- Nortryptylina FDA – D.
- Klomipramina FDA – C.
- Dezypramina FDA – C.
- Doksepina FDA – C.
- Maprotylina FDA – B (obniża próg drgawkowy).



Objawy zespołu okołoporodowego u noworodka matki leczonej TLPD

- Zaburzenia oddychania.
- Drżenie mięśniowe.
- Nerwowość.
- Drgawki.
- Zaburzenia oddawania moczu.

(Cowe i wsp., 1982)



Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny

- Stosowanie tych leków w I trymestrze nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wad wrodzonych ani samoistnych poronień.
- 267 kobiet leczonych fluwoksaminą, sertralina i paroksetyną.
(Kulin i wsp., 1998)
- 531 kobiet leczonych citalopramem we wczesnej ciąży.
(Ericson A i wsp., 1999)
- Najwięcej badań dotyczy fluoksetyny (duże dawki 40-60 mg/ d wiązało się z niską masą urodzeniową).
(Chambers i wsp., 1996)
- U dzieci matek leczonych paroksetyną w III trymestrze ciąży stwierdzono trwające ok. 1 - 2 tygodnie objawy odstawienne u noworodka: zaburzenia oddychania, hipoglikemię.
(Kulin i wsp., 1998)
- Paroksetyna – potencjalne ryzyko wad serca płodu (Diay-Citrin O i wsp., 2008)



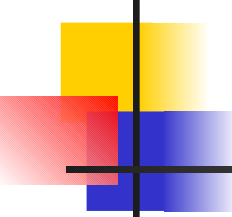
Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (c.d.)

- Fluoksetyna FDA – B.
- Paroksetyna FDA – D.
- Sertralina FDA – B.
- Fluwoksamina FDA – C.
- Citalopram FDA – C.



Inne leki przeciwdepresyjne

- Wenlafaksyna FDA – C (zwiększony odsetek poronień samoistnych , malformacje, zespoły abstynencyjne.
(Einarson i wsp., 2001)
- Mirtazapina FDA – C.
- Trazodon FDA – C.
- Mianseryna, moklobemid, reboksetyna – nieklasyfikowane FDA.



Zasady leczenia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u kobiet w ciąży

- W przypadku planowania ciąży – lit odstawić stopniowo.
- Lit można włączyć w po 16-18 tygodniu ciąży, należy stosować dawkę mniejszą o 25-30 %, aby ograniczyć objawy niepożądane działania litu u noworodka (wole, senność, moczówka nerkowopochodna).
- Stosowanie karbamazepiny i poch. kw. walproinowego w I trymestrze ciąży może spowodować wady wrodzone, zwłaszcza rozszczep kręgosłupa.
- Stosować kwas foliowy u tych kobiet przed poczęciem i w I trymestrze.
- U kobiet planujących ciążę, ze względu na mniejszy wpływ leków przeciwpsychotycznych niż normotymicznych na płód celowa jest zmiana litu i leków przeciwpadaczkowych normotymicznych na neuroleptyk (Edumol i wsp., 1984; Ernst i wsp., 2002).



Zasady stosowania litu w ciąży i po porodzie

- W przypadku nieplanowanej ciąży odstawić lit.
- Rozważyć stosowanie neuroleptyku.
- Lit można podawać od II trymestru.
- Tylko w nie wyrównanej CHAD stosować lit w dawce profilaktycznej.
- Badać stężenie litu co miesiąc do połowy ciąży, później co tydzień (wzrost objętości płynów pozatankowych i podwyższony klirens litu w III trymestrze utrzymywać jego poziom na dolnej granicy normy).
- Dawkę dobową dzielić na 3-5 porcji w ciągu doby, nie przekraczać dawki 300 mg na dobę.
- Odstawić na 2 tygodnie przed porodem (co najmniej zredukować dawkę o połowę).
- Unikać stosowania leków moczopędnych, zwłaszcza tiazydowych.
- Powrócić do stosowania litu po 48 godzinach po porodzie, nie karmić dziecka piersią.

(Rzewuska, 2005)



Zasady stosowania litu w ciąży i po porodzie (c. d.)

- Stosowanie litu w I trymestrze istotnie zwiększa ryzyko wad wrodzonych 4-12 % (2,4 % populacja ogólna), a stosowanie jego między 2 a 6 tyg. ciąży 20 krotnie rośnie ryzyko wystąpienia wady serca.
(Weinstein M. R., 1976)
- Dzieci matek leczonych litem rozwijają się umysłowo i fizycznie podobnie do grupy kontrolnej.
(Schou, 1976)
- Zatrucie litem - zespół wiotkiego dziecka, hipotonia i sinica.
(Wisner i wsp., 1994)



Inne leki przeciwpadaczkowe (normotymiczne)

- Karbamazepina wg FDA - C (najbezpieczniejsza pod względem ryzyka teratogennego z leków normotymicznych).
- Częściej występują wady twarzoczaszki(11%), hipoplazja palców 27%, rozszczep kręgosłupa 1% i u 20 % gorszy rozwój intelektualny
(Bazire, 2005)
- Kwas walproinowy wg FDA - D wpływ teratogeny, wady cewy nerwowej, zastawkowe serca, wady układu moczowo płciowego, zależność między ryzykiem powstania wad a wielkością dawki, zależy od zwiększonego stężenia glikuronidu kwasu walproinowego powstającego podczas stosowania dawki dobowej powyżej 1000mg, należy utrzymywać stężenie do 70 ug/ml.
(Bazire, 2005)
- Lamotrygina wg FDA – C dotychczasowe badania sugerują mniejszą teratogenność niż pozostałych dwóch w/w.
(Lilly i Kaplan-Machlis J., 1999)
- ryzyko wystąpienia wad rośnie wraz z dawką powyżej 200 mg /d.
(Tomson i wsp., 2005)
- Topiramet FDA - C w badaniach na zwierzętach duża teratogenność.



Zasady leczenia schizofrenii u kobiet w ciąży

- W I epizodzie o niezbyt nasilonych objawach- należy starać się nie stosować leków w I trymestrze.
- U kobiet które chorowały przed ciążą stosowane dawek podtrzymujących przed ciążą i w czasie ciąży jest bezpieczniejsze niż odstawienie leków, należy lek stosować w jak najmniejszej skutecznej dawce, nie stosować form depot.
- Za najbezpieczniejsze uznano piperazyniowe pochodne fenotiazyny. Silne neuroleptyki są bezpieczniejsze niż słabe.
- U kobiet po porodzie łatwiej zatrzymać mlekotok stosując klozapinę niż KLP, należy pamiętać o zwiększonym ryzyku infekcji u położnic.
- Odstawić leki 2 tygodnie przed porodem.
- U pacjentek psychotycznych włączyć leki w ciągu 48 h po porodzie.

(Rzewuska, 2003)



Wpływ neuroleptyków na noworodki

- Wzmożone napięcie mięśniowe.
- Objawy pozapiramidowe.
- Wzmożona aktywność ruchowa.
- Apatia.
- Niepokój.
- Płaczliwość.
- Zaburzenia ssania.
- Niedowaga.
- Zaburzenia oddychania.
- Drżenie.

(Sexon i wsp., 1989)

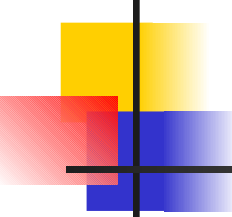
Wady wrodzone i powikłania ciąży związane ze stosowaniem leków przeciwpsychotycznych (za Ernst i Goldberg, 2002)

lek	FDA	Działania prenatalne i perinatalne
olanzapina	C	12,5% spontanicznych poronień 2,1% przedwczesnych porodów 3,1 % obumarcia płodu 1% dużych wad U 7,3 % komplikacje okołoporodowe
risperidon	C	U szczurów obumarcia płodów, 1 przypadek agenezy ciała modelowatego
kwetiapina	C	U ludzi brak danych, u zwierząt opóźnienie kostnienia, niedowaga, obumarcia płodu
zyprazydon		U ludzi brak danych, u zwierząt opóźnienia rozwoju, obumarcia płodu
klozapina	B	Dwa przypadki cukrzycy i dystymii, ryzyko drgawek. Brak danych o teratogennym działaniu leku. Opisano wśród 61 dzieci u 5 wady i u 5 zaburzenia okołoporodowe.
Sulpiryd	niesklasyfikowany przez FDA	w literaturze nie ma doniesień o niekorzystnym wpływie na płód. Był stosowany jako lek p/ wymiotny



Leki przeciwpsychotyczne – klasyczne neuroleptyki

- Fenotiazyny FDA - C (unikać stosowania podczas ciąży fenotiazyn o słabym potencjale przeciwpsychotycznym) chlorproazyny, lewomepromazyny, promazyny, perazyny - silne działanie hipotensyjne, antyhistaminowe, antycholinergiczne, co pogarsza przepływ łożyskowy, niedożywienie płodu, wyższe ryzyko objawów toksycznych i odstawiennych u noworodka.
- Butyrofenony FDA – C.
- Tioksanteny FDA – niesklasyfikowane.



Leki przeciwpsychotyczne – klasyczne neuroleptyki (c. d.)

- Bezpieczniejsze jest stosowanie fenotiazyn piperazynowych o silnym działaniu przeciwpsychotycznym (perfenazyna, flufenazyna, trifluoperazyna).
- Nie stosować form depot.



Leki antycholinergiczne

- Mało danych w literaturze.
- Ze względu na silne działanie antycholinergiczne unikać w czasie ciąży bezatropiny, pridinolu, procyklidyny.

(Rzewuska, 2003)



Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

Lek napadowy

- psychoterapia,
- krótkotrwałe stosowanie leków z grupy benzodwazepin, ew. włączenie SSRI,

Natręctwa i kompulsje

- częste u pacjentek w ciąży,
- psychoterapia , ew. włączenie fluoksetyny,

(Rzewuska, 2003)



Leki uspokajające i nasenne

- BDA stosowane w I trymestrze wzrost ryzyka wad wrodzonych, zwłaszcza rozszczepu podniebienia.
(Cohen i wsp., 1998)
- Stosowanie diazepamu – ryzyko koncentracji leku w płynie owodniowym (od 6 tygodnia ciąży przenika przez łożysko i uzyskuje w krwiobiegu i tkankach dziecka wyższe stężenie niż u matki.
(Jauniaux E i wsp. 1996)
- Ryzyko objawów zespołu abstynencyjnego.
- Ryzyko depresji układu oddechowego u noworodka (McElhatton PR., 1994) i rozszczepu podniebienia (Altshuler i wsp., 1996).



Leki uspokajające i nasenne (c.d.)

- Klonazepam FDA – C.
- Diazepam FDA – D.
- Lorazepam FDA – D.
- Oksazepam FDA – D.
- Alprazolam FDA – D.
- Chlordiazepoksyd FDA – D.



Leki uspokajające i nasenne (c.d.)

- W przypadku konieczności stosowania u ciężarnej BDZ należy zalecać te o krótkim okresie półtrwania, bez aktywnych metabolitów (lorazepam, oksazepam) lub klonazepam wg FDA - B w jak najmniejszej dawce, przez krótki okres czasu, o ile to możliwe z wyłączeniem I trymestru ciąży.
- Jeśli ciężarna przyjmowała leki wcześniej stopniowo zmniejszać dawkę.
- Buspiron FDA - B - w badaniach na zwierzętach niekorzystny wpływ na przyrost masy ciała i zdolność przeżycia płodów.

(Ziółkowska, 2003)



Leki nasenne

- Temazepam FDA – X.
- Estazolam FDA – X.
- Zolpidem FDA – B.
- Zaleplon FDA – C.
- Zopiklon FDA – B w literaturze nie ma doniesień o teratogennym wpływie leku, badanie na 40 kobietach-w I trymestrze nie ujawniło potencjału teratogenneego (Diay-Citrin i wsp., 1999).



Leki a karmienie piersią

- Ilość leku zależy od dawki podanej matce, okresu półtrwania leku i czasu, jaki upłynął od zażycia leku do karmienia, od długości okresu laktacji.
- Czynniki ze strony noworodka: słabsza filtracja przez nerki, niedojrzałość mechanizmów metabolizmu, niedojrzałość wątroby, nieszczelna bariera krew mózg, małe stężenie albumin.
- Bezpieczniejsze jest stosowanie leków u matek, gdy dziecko przekroczy 10 tydzień życia.
- Stosować jak najmniejsze dawki.
- Poinformować matkę o nieznanym skutkach stosowania małych dawek leków u niemowląt (wskazane karmienie sztuczne).
- Do leków związanych z dużym zagrożeniem dla noworodka zaliczono zotepinę, ze średnim- fenotiazyny, haloperidol, sulpiryd, olanzapinę, risperidon, klozapinę (Bazire, 2005).



Wnioski

- Udzielenie informacji o ryzyku wpływu leków psychotropowych na ciążę i konsekwencjach nie leczenia.
- Uwzględnić indywidualne cechy obrazu i przebieg choroby.
- Optymalne postępowanie obejmuje: zaplanowanie ciąży, powolne odstawienie leków przed poczęciem i nie stosownie ich w I trymestrze, ew. powrót do leczenia w późniejszych okresach ciąży, redukcję dawek przed porodem i ponowne podjęcie farmakoterapii po porodzie.
- Lek stosować w najmniejszej skutecznej dawce, podzielonej na 2-3 dawki na dobę, unikać politerapii i leków w postaci przedłużonej.
- Monitorowanie stanu płodu (usg 16-18 tydzień i 22-24 tydzień ciąży).
- U kobiet leczonych lekami przeciwpadaczkowymi stosować przed poczęciem i w czasie ciąży do 12 tygodnia ciąży kwas foliowy i w ostatnim miesiącu ciąży witaminę K, badać stężenie leku w surowicy.
- Unikać stosowania leków w czasie karmienia.
- Współpraca w leczeniu lekarza ginekologa i psychiatry.
- Nie stosować leków mało poznanych.