

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

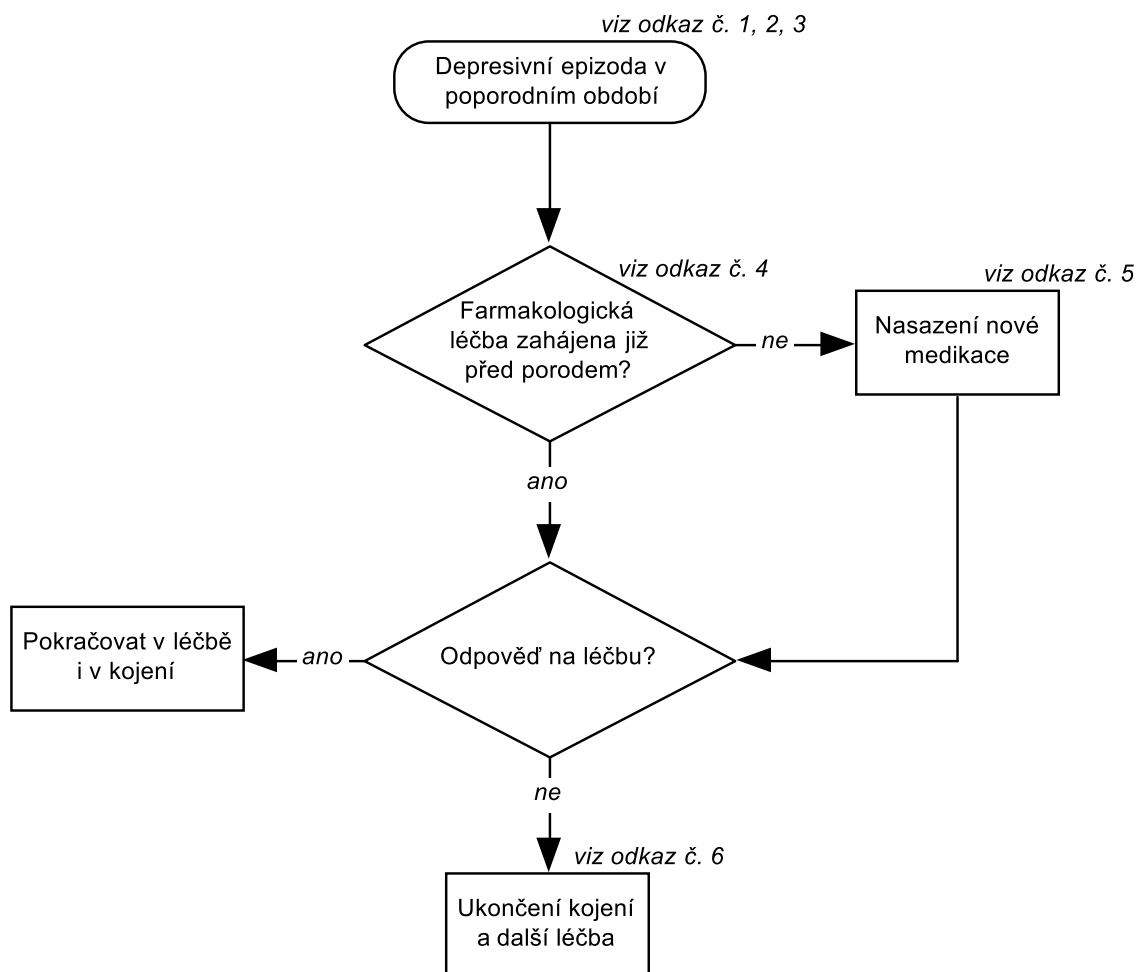
Depresivní porucha u dospělých

Specifika léčby depresivní epizody při kojení

Autoři: Martin Bareš, Tomáš Novák, Antonín Šebela

Garant: Martin Bareš

Oponent: Pavel Mohr



Odkaz č. 1

Depresivní epizoda v poporodním období

Poporodní deprese (PPD) se nejčastěji objevuje do 6 týdnů po porodu. PPD se vyskytuje přibližně u 6,5 % až 20 % žen. Častěji se vyskytuje u adolescentních matek a žen, které porodily předčasně či jejich porod byl psychicky či somaticky komplikovaný (1). Dalším rizikovým faktorem pro rozvoj PPD je výskyt depresivní epizody nebo úzkostných poruch u ženy v období před porodem (2). Mezi další rizikové faktory patří například premenstruační dysforický syndrom (3).



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

Odkaz č. 2

Diagnostika PPD

Při diagnostice poporodní deprese se opíráme o kritéria depresivní fáze uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize. Diferenciálně diagnosticky musíme odlišit tzv. poporodní blues, které může klinickým obrazem poporodní depresi připomínat. Průběh a prognóza je odlišná; poporodní blues vzniká v řádu dnů po porodu, má proměnlivý průběh a zpravidla samovolně odezní do 1–2 týdnů. Oproti tomu poporodní deprese nejčastěji vzniká do jednoho měsíce po porodu a má delší a závažnější průběh (

Odkaz č. 3

Dopady neléčené PPD

Přítomnost depresivních příznaků u žen v poporodním období negativně ovlivňuje jejich mateřskou roli (např. méně tělesného kontaktu s dítětem, nižší přenos pozitivních emocí a menší míra pozitivní stimulace dítěte) (5). Narušení raného citového přilnutí dítěte je jednou z příčin vyšší míry psychopatologie a opožděného kognitivního vývoje dětí matek s poporodní depresí v porovnání s dětmi nedeprativních matek (6, 7).

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 4

Farmakologická léčba zahájena již před porodem

Pokud zahajujeme léčbu AD v těhotenství, je užitečné zvážit možnost přání pacientky kojit. Volíme proto již v těhotenství léky slučitelné s kojením (viz Odkaz č. 5).

Odkaz č. 5

Nasazení nové medikace

Mezinárodní doporučené postupy uvádějí terapii antidepresiv jako metodu volby pro středně těžkou a těžkou epizodu poporodní deprese. Pro lehkou fázi je pak metodou volby psychoterapie (8). Znalosti o bezpečnosti antidepresiv při kojení se dynamicky vyvíjejí a dle současných znalostí máme na výběr z více antidepresiv, která jsou považována za slučitelná s kojením (9). V roce 2021 byla publikována meta-analýza studií publikovaných v letech 1995 – 2017, které zkoumaly bezpečnostní profil antidepresiv při kojení (10). Aktuálně jsou tedy za slučitelné s kojením považovány: sertralin, paroxetin, citalopram a amitriptylin. Speciální režim kojení (kojení od určité doby po užití medikace) není všeobecně doporučován (8). Snažíme se o léčebný režim, kdy volíme nejmenší, avšak účinné dávky antidepresiva vedoucí u ženy k remisi s kontrolou plazmatických hladin.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 6

Ukončení kojení

Pokud nelze u pacientky dosáhnout dostatečné odpovědi na léčbu pomocí antidepresiv uvedených v Odkazu č. 4 volíme po domluvě s pacientkou ukončení kojení cestou jejího ambulantního



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

gynekologa a zahajujeme léčbu depresivní epizody, která již není slučitelná s kojením (dále také viz Schémata a Komentáře pro farmakologickou léčbu nepsychotické epizody deprese, léčbu psychotické deprese a léčbu rezistentní deprese) (8).

Závěrečný komentář

Léčebnou metodou první volby lehké depresivní fáze v poporodním období je psychoterapie. U středně těžké a těžké epizody poporodní deprese pak volíme AD, které jsou dle aktuálních poznatků slučitelná s kojením (sertralin, paroxetin, citalopram, venlafaxin, amitriptylin). Pacientkám doporučujeme ukončit kojení, pouze pokud selhává léčba, která je s ním slučitelná.

Literatura:

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313-27.
2. Šebela A, Hanka J, Mohr P. Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention. *Ceska Gynekologie*. 2018;83(6):468-73.
3. Turkcapar AF, Kadioglu N, Aslan E, Tunc S, Zayifoglu M, Mollamahmutoglu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:108.
4. Šebela A, Hanka J, Mohr P. Diagnostics and modern trends in therapy of postpartum depression. *Ceska Gynekologie*. 2019;84(1):68-72.
5. Weissman MM. Postpartum Depression and Its Long-term Impact on Children: Many New Questions. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):227-8.
6. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800-19.
7. Sanger C, Iles JE, Andrew CS, Ramchandani PG. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(2):147-62.
8. Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, Bergink V. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(4):320-7.
9. Mohr P. Psychopharmacological Agents During Pregnancy and Nursing. In: Riederer P, Laux G, Nagatsu T, Le W, Riederer C. (eds) *NeuroPsychopharmacotherapy*. Cham: Springer Nature Switzerland; 1st ed. 2022 edition (November 5, 2022). ISBN: 978-3030620585.
10. Uguz F. A New Safety Scoring System for the Use of Psychotropic Drugs During Lactation. *Am J Ther*. 2021;28(1):e118-e26.