

FORTBILDUNG

Eine komplexe und aufwändige Aufgabe

Betreuung von depressiven und psychisch belasteten Schwangeren

Zur Betreuung von depressiven und psychisch belasteten Patientinnen ist der Einsatz verschiedener Disziplinen notwendig, um alle Aspekte abdecken zu können.

+ Dans la prise en charge des patients dépressifs et mentalement fragiles, l'implication de différentes disciplines est nécessaire afin de couvrir tous les aspects.

Depressionen in der Schwangerschaft weisen mit 10% eine hohe Prävalenz auf. Ein erhöhtes Risiko besteht für Frauen, die bereits in ihrer Anamnese an einer Depression vor, während oder nach Schwangerschaften litten. Da depressive Frauen auch dank moderner Psychopharmakotherapie häufiger stabil sind und es dadurch wagen, ihren Kinderwunsch in Realität umzusetzen, ist die Anzahl von Schwangeren, die von dieser Problematik betroffen sind, eher im Steigen begriffen. Eine Depression ist ein Risiko für einen Suizid, in den entwickelten Ländern eine häufigere Ursache für mütterliche Mortalität als Thromboembolien oder Blutungen.

Depressionen haben verschiedene Auswirkungen auf die Schwangerschaft. Direkt können sie Schlafstörungen, Stress der Mutter, Essstörungen verursachen und die Compliance negativ beeinflussen.

Die Folgen für den Fetus können intrauterine Wachstumsretardierung, Frühgeburtlichkeit, Intrauteriner Fruchttod und Geburtskomplikationen sein. Der Hauptmediator für diese Komplikationen ist das Cortico-Releasing-Hormon, welches eine Reduktion der plazentaren Perfusion und vorzeitige Wehentätigkeit bewirken kann.

Die Cortisol-Stressachse kann aber auch Auswirkungen auf das spätere Leben dieses Kindes haben. Ein erniedrigtes Geburtsgewicht bei intrauteriner Wachstumsretardierung erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, das Suizidrisiko im Adoleszenzenalter und das Risiko, selber auch eine Depression zu entwickeln.

Aus diesen genannten Gründen wird ersichtlich, dass es bei depressiven und an anderen psychischen Krankheiten leidenden Schwangeren um Risiko-Schwangere handelt, welche sinnvollerweise im Rahmen eines mehrstufigen, interdisziplinären Konzepts betreut werden.

Das mehrstufige Konzept geht zuerst von der Beratung aus. Weiter sind Betreuung und Schwangerschaftskontrollen notwendig und unter Umständen auch Therapien.

Beratung

- ▶ Psychopharmaka sind auch während einer Schwangerschaft möglich und häufig auch indiziert
- ▶ Bei vorbestehenden psychischen Problemen und Medikamenteneinnahme ist eine präkonzeptionelle Beratung sinnvoll.
- ▶ Ev. macht ein Wechsel der Psychopharmaka Sinn
- ▶ Je nach Medikament ist eine Multivitamin- oder Folsäureprophylaxe mit erhöhter Dosis notwendig
- ▶ Wenn möglich ist eine Reduktion der bzw. ein Verzicht auf suchterzeugende Substanzen bereits präpartal anzustreben



Dr. med. Barbara Bass
Zürich

Betreuung

- ▶ eine engmaschige Zusammenarbeit von FrauenärztInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen und evt. Sozialdienst ist zur Unterstützung sehr sinnvoll
- ▶ möglichst wenig verschiedene BetreuerInnen um Schnittstellenprobleme zu vermindern und die Beziehungsstabilität zu gewährleisten

Kontrollen

- ▶ bei Einnahme von Antiepileptika, atypische Neuroleptika, Paroxetin und Fluoxetin ist eine Frühdiagnostik von Fehlbildungen, insbesondere Herzfehlern und Lippen-Kiefer-Gaumenspalten empfohlen
- ▶ v.a. im 3. Trimenon sind häufigere Schwangerschaftskontrollen notwendig mit Messung der Zervixlänge, Kontrolle des intrauterinen Wachstums und der fetalen und uteroplazentaren Hämodynamik alle 2-3 Wochen (bei normalen Werten)
- ▶ frühzeitiges Erkennen von allfälligen Problemen

Therapien

- ▶ ambulant oder stationär
- ▶ Psychopharmaka falls Patientin noch keine hat
- ▶ Psychotherapie
- ▶ bei drohender Frühgeburtlichkeit: evt. Tokolyse Lungenreifungsinduktion, Cerclage
- ▶ bei Hochrisikokonstellation für Präeklampsie und IUGR: ASS 100 mg, Calcium 1–2 mg tgl.

Psychopharmaka

Bei keinem der typischen Psychopharmaka ist das Fehlbildungsrisiko so erheblich, dass eine Anwendung in der Schwangerschaft generell ausgeschlossen werden müsste. Es sollten die am besten bewährten Mittel wo immer möglich bevorzugt werden.

Eine Ausnahme stellen die meisten Antiepileptika dar: Mit Ausnahme von Lamotrigin sollten Antiepileptika aufgrund ihres teratogenen Potentials nicht aus psychiatrischer Indikation verordnet werden. Dies gilt insbesondere für Valproinsäure und Topiramate. Bei diesen Medikamenten besteht ein erhöhtes Risiko vor allem für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Anpassungsprobleme beim Neugeborenen: Es besteht die Möglichkeit zentralnervöser, gastrointestinaler und respiratorischer Anpassungsprobleme beim Neugeborenen. Die Neugeborenen sollten nach der Geburt diesbezüglich überwacht werden. Im Allgemeinen sind diese Anpassungsstörungen selbst limitierend. Eindeutige Hinweise auf langfristige Auswirkungen liegen bisher nicht vor.

Stillen: Bei Monotherapien in der Regel unproblematisch. Bei Kombinationstherapien ist die Situation schwierig zu beurteilen. Auch wenn jedes Medikament für sich kein erhöhtes Risiko aufweist, kann daraus nicht auf die Kombination geschlossen werden. Hier ist in Absprache mit den Neonatologen ein individuelles Vorgehen sinnvoll. Auch bei Einnahme von Benzodiazepinen, Doxepin, Lithium und Lamotrigin muss ein individuelles Vorgehen diskutiert werden.

Antidepressiva

Antidepressiva der ersten Wahl sind die SSRI Sertralin und Citalopram. Bei Fluoxetin sollte aufgrund der sehr langen Halbwertszeit und der damit einhergehenden schlechten Steuerbarkeit im

Einzelfall eine Umstellung auf ein SSRI mit kürzerer Halbwertszeit und guter Verträglichkeit geprüft werden. Zudem werden auch vermehrt Herzfehlbildungen gefunden. Bei Paroxetin wird ein gering erhöhtes Risiko für Herzfehlbildungen (Septumdefekte) diskutiert. Hier scheint v.a. ein erhöhtes Risiko bei gleichzeitigem Nikotinabusus zu bestehen. Wenn eine Patientin jedoch stabil mit einem anderen SSRI eingestellt ist, ist ein Medikationswechsel nicht unbedingt erforderlich und muss sorgfältig überprüft werden.

Trizyklika: Keine teratogenen Effekte bisher nachgewiesen, die Datenlage ist weniger umfangreich als bei den SSRI. Trizyklische Antidepressiva der ersten Wahl sind Amitriptylin, Imipramin und Nortriptylin. Doxepin ist in der Stillzeit problematisch.

Tetrazyklika: Die Datenlage ist ungenügend, wenn eine Patientin jedoch gut eingestellt ist, sollte das Medikament nicht gewechselt werden. MAO-Hemmer sollten aufgrund des geringen Erprobungsgrades bei Schwangeren nicht eingesetzt werden. Johanniskraut kann zur Behandlung in der Schwangerschaft eingesetzt werden, allerdings ist das Medikament im Vergleich zu den SSRI weniger gut untersucht worden.

Neuroleptika

Sowohl die typischen als auch die atypischen Neuroleptika können in der Schwangerschaft eingesetzt werden. Eine teratogene Wirkung konnte bisher bei keiner Substanzgruppe sicher nachgewiesen werden, bei den atypischen Neuroleptika sind etwas mehr Septumdefekte des Herzens beschrieben. Bei einer stabil eingestellten Patientin sollte deshalb die Medikation nicht abgesetzt oder umgestellt werden.

Bei Neueinstellung sind die Mittel der ersten Wahl bei den atypischen Neuroleptika Quetiapin, Risperidon und Olanzapin, bei den Erstgeneration-Neuroleptika Flupentixol, Fluphenazin und Haloperidol. Bei den atypischen Neuroleptika wurden Makrosomien des Kindes beschrieben, eine Abklärung eines Gestationsdiabetes ist deshalb zwingend. Beim Neugeborenen sind Anpassungsstörungen sowie Extrapyramidal-symptome (Dyspnoe, Erbrechen, Arrhythmien, Zittern), v.a. bei den klassischen Neuroleptika, beschrieben.

Phasenprophylaktika

Das teratogene Risiko ist bei Lithium und Lamotrigin zu vernachlässigen, deshalb sollten diese beiden Substanzen bei Kinderwunsch gewählt werden. Bei Lithium besteht beim Neugeborenen das Risiko für ein Floppy infant – syndrome und für eine Hypothyreose.

Bei beiden Mitteln besteht eine **ausgeprägte Clearancesteigerung in der Schwangerschaft, die eine Dosisanpassung** erforderlich macht. Präpartal muss die Dosis jedoch zwingend wieder reduziert werden, da ansonsten die Gefahr von toxischen Spiegeln postpartal besteht.

Valproinsäure ist bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter wenn irgend möglich zu vermeiden, da neben dem teratogenen Risiko auch eine dosisabhängige (>1 g/d) Einschränkung der mentalen Entwicklung des Kindes möglich ist. Eine Ausnahme stellt die therapierefraktäre Epilepsie dar.

Ist eine Schwangerschaft unter Valproinsäure oder Carbamazepin eingetreten, sollten aber auch diese Medikamente bei einer schwierig einzustellenden Patientin nicht unbedacht abgesetzt werden.

Sedativa, Anxiolytika, Hypnotika

Benzodiazepine können zur kurzfristigen Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit eingesetzt werden, z.B. Lorazepam. Hinweise auf Assoziation mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten bei höherer Dosierung im ersten Trimenon konnten nicht sicher bestätigt werden.

Eine Dauertherapie mit diesen Medikamenten sollte vermieden werden und ggf. Antidepressiva oder niederpotente Neuroleptika z.B. Chlorpromazin als Alternative prüfen.

Auch zu den Benzodiazepin-Agonisten liegen bisher keine Hinweise auf vorgeburtliche Entwicklungsstörungen vor, wobei der Erfahrungsumfang bis auf Zopiclon noch nicht ausreichend ist.

Alle Sedative können zu Anpassungsstörungen und Atemdepression beim Neugeborenen führen, sollten deshalb wenn möglich präpartal abgesetzt werden.

Dr. med. Barbara Bass

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH
 Psychosoziale und psychosomatische Medizin APPM
 Leitende Ärztin Psychosomatik, Frauenklinik, Stadtspital Triemli,
 Birmensdorferstr. 501, 8063 Zürich
 barbara.bass@triemli.stzh.ch

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message

- ◆ Die Betreuung von depressiven und psychisch belasteten Patientinnen kann komplex und aufwändig sein
- ◆ Es braucht den Einbezug verschiedener Disziplinen, um alle Aspekte berücksichtigen zu können; dies kann in der Praxis schwierig sein
- ◆ Die Zusammenarbeit mit einem kompetenten Zentrum kann entlastend sein
- ◆ Allerdings ist es für die Patientin auch sehr wichtig, dass möglichst ihr persönlicher Arzt, ihre persönliche Ärztin, die sie kennt und zu der sie Vertrauen hat, die Fäden in der Hand und den Überblick behält
- ◆ Dies ist ein nicht zu unterschätzender Beitrag zur Stabilisierung der Patientin und ihres Umfeldes und damit auch zum günstigen Verlauf der Schwangerschaft

Mots clés

- ◆ La prise en charge des patients déprimés et mentalement fragiles peut être complexe et coûteuse
- ◆ L'implication de différentes disciplines est nécessaire afin de couvrir tous les aspects
- ◆ Cela peut être difficile dans la pratique. Travailler avec un centre d'expertise peut soulager
- ◆ Cependant, il est également très important pour le patient, que son médecin personnel, qui elle connaît et en qui elle a confiance, tienne les fils dans la main et garde la trace
- ◆ Cela ne veut pas être sous-estimé en contribuant à la stabilisation du patient et de son environnement et donc aussi à l'évolution favorable de la grossesse

Literatur:

1. Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. Arzneisicherheit – Beratung – Entscheidungsfindung. A. Rohde, Ch. Schaefer. 3. Auflage, Thieme, Stuttgart 2010.
2. <http://www.embryotox.de/> Webseite des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie (Dr. Ch. Schaefer). Die Informationen richten sich an Ärzte und Laien. Das Zentrum bietet kostenlose Information, sammelt Angaben über Schwangerschaftsverläufe im Zusammenhang mit medikamentösen Behandlungen. Es gibt auf dieser Webseite ein Register von Medikamenten, zu denen eine Übersicht zum Stand des Wissens aufgelistet ist.
3. <http://www.womensmentalhealth.org/> The Massachusetts General Hospital Center for Women's Mental Health Diese Webseite enthält eine Fülle von Informationen mit regelmässigen Updates. Es findet sich dort z.B. eine themenbezogene ausführliche Literaturliste mit Links zu Pubmed.
4. www.swisstis.ch Swiss Teratogen Information Service STIS, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne. Diese Stelle beantwortet Anfragen von Ärzten und sammelt Informationen über Arzneimittelexposition in der Schwangerschaft.