

PSIHOFARMACI U TRUDNOĆI

Dr.sc. D. Babić

Farmakoterapija u vrijeme planiranja trudnoće, tijekom trudnoće i laktacije vrlo je odgovorna i stručna klinička procedura.

Trudnoća i psihofarmakoterapija:

- individualna obilježja trudnice i njezine bolesti,
- ranije iskustvo o event. uzimanju psihofarmaka
- detaljno poznavanje svakog pojedinog psihofarmaka.

Laktacija: u slučaju nužnosti uzimanja psihofarmaka laktacija se može prekinuti uz maksimalno prikladnu zamjenu prehrane za dijete uz nastavak adekvatne psihofarmakoterapije majke.

Različite vrste psihofarmaka tijekom trudnoće mogu biti primjerene zbog sljedećih razloga:

- liječenje ranije započeto
- - prevencije recidiva
- - liječenje prve epizode psihičkog poremećaja, koji se javio tijekom trudnoće,
- - liječenje pojave psihičkog poremećaja vezanog za trudnoću,
-

Različite vrste psihofarmaka tijekom trudnoće mogu biti primjerene zbog sljedećih razloga:

- liječenje anksioznih i/ili depresivnih poremećaja, koji ne zadovoljavaju kriterije za psihički poremećaj prema suvremenim klasifikacijama, ali dovode do trpnje bolesnice i vezani su za trudnoću i emocionalnu i socijalnu neizvjesnost s trudnoćom u vezi,
- Uvođenje psihofarmaka (najčešće diazepam) od strane ginekologa radi preveniranja trudova.

Za primjenu psihofarmaka u trudnoći ima malo spoznaja i spoznaje se više odnose na temelju analiza slučajeva nego li na planirano provedenim studijama.

Zbog toga se najveća odgovornost ostavlja liječniku terapeutu, koji svojim znanjem i iskustvom mora pomoći bolesniku, pa i u specifičnim situacijama kakva je trudnoća.

Američka komisija za odobravanje lijekova i njihovu primjenu (FDA) vrlo je oprezna i sve dok nema dovoljno podataka da neki lijek nije štetan, ne izdaje dozvolu za primjenu tog lijeka u trudnoći.

Farmaceutske industrije vrlo oprezne i u prospektima upozoravaju na eventualne opasnosti.

FDA je na osnovi utemeljenih podataka dala određene preporuke razvrstavajući postojeće psihofarmake u sljedeće skupine u odnosu na stupanj rizika na dijete:

- A. kontrolirane studije nisu pokazale rizik,
- B. nema evidentiranog rizika na ljudskoj populaciji,
- C. rizik se ne može isključiti, potencijalna prednost mora se uskladiti s potencijalnim rizikom,
- D. pozitivna evidencija rizika: istraživanja ili postmarketinški podaci koji pokazuju rizik za fetus,
- X. kontraindicirani u trudnoći: Studije ne životinjama ili ljudima, istraživanja ili postmarketinški izvještaji pokazali su rizik za fetus, koji je veći od eventualne koristi

Ova je klasifikacija lijekova od velike praktične koristi u svakodnevnoj praksi, iako ne obuhvaća sve postojeće psihofarmake, ali daje mogućnost praktičaru da unutar postojećih u trudnica primjenjuje samo one koji su razvrstani u skupine A, B (npr. maprotilin, klozapin) i eventualno C, dok psihofarmake iz skupine D (npr. litijeve soli) i X (npr. triazolam, estrazolam) ne treba primjenjivati tijekom trudnoće na laktacije.

Altshuler i sur. razlikuju sljedeće vrste posljedica uzimanja psihofarmaka:

1. somatsku teratogenost ili malformacije organa
2. neonatalnu toksičnost uključivo i perinatalne sindrome i simptome i znakove sustezanja
3. dugotrajne neurobiheviioralne i razvojne teratogene učinke

Lijekovi koji su dugo na tržištu (npr. klasični antipsihotici i antidepresivi) mnogo su bolje poznati općenito, pa i njihovo eventualno štetno djelovanje na trudnoću.

Postoje i brojni izvještaji o primjeni benzodiazepina, za koje se, iako se u svakodnevnoj praksi često primjenjuje u trudnoći, zna da imaju niz neželjenih pojava kod djece.

Benzodiazepini prolaze kroz placentu i zbog nezrele jetre fetusa sporije se metaboliziraju i kumuliraju. Zbog toga su **koncentracije benzodiazepina i po nekoliko puta više u fetusa nego u majke.**

Benzodiazepini u prvom tromjesečju: anomalija nepca, stenoze pilorusa i ingvinalnih hernija;

u drugom tromjesečju anomalije su rjeđe (srčane greške i poremećaji šake),

u trećem tromjesečju može doći do zastoja u rastu, smanjenja porođajne težine, hipotonije novorođenčeta i teškoća u hranjenju.

Budući da ima dovoljno podataka da benzodiazepini povećavaju rizik za fetus, potrebno je pridržavati se sljedećih pravila:

u slučaju anksioznosti, disforičnosti i nesanice

1. nemedikamentne metode liječenja (psih i socioth.)
2. Monoterapija - posebno individualno odabrati anksiolitik
3. primjenjivati minimalnu dozu
4. svakako izbjegavati primjenu u prvom i drugom tromjesečju.
5. Primjena treba biti što je moguće kraća.

Općenito se postavlja pitanje u psihijatrijskih bolesnica kada je u trudnoći opravdana primjena psihofarmaka i kada je veća korist a kada šteta od uzimanja psihofarmaka.

Rizik za fetus:

1. Od strane psihofarmaka

2. Od strane psihičkog poremećaja

(npr. shizofrenija i depresija)

Primjena antipsihotika u trudnica
u minimalno djelotvornim dozama pokazala su
da je rizik za dijete minimalan.

Preporuča se da je bolje izbjegavati primjenu
antipsihotika u prvom tromjesečju, a
sredstvom izbora smatra se **klozapin** (prema
klasifikaciji FDA spada u skupinu B).

U liječenju depresivnih trudnica, koje ne pokazuju terapijski odgovor na ne medikamentne metode liječenja preporuča se primjena klasičnih antidepresiva, ali i SSRI-a.

Prema klasifikaciji FDA unutar antidepresiva **maprotilin** spada u skupinu B.

Među psihostabilizatorima nema ni jednoga koji spada u skupine A, B i C prema klasifikaciji FDA, pa smatramo da bi psihostabilizatore trebalo izbjegavati tijekom trudnoće i dojenja.

Vrlo je važno istaknuti da i uz najbolju volju da izaberemo optimalno terapijsko sredstvo u liječenju psihičkih poremećaja trudnica i sebe i majku i dijete izlažemo potencijalnom riziku.

Poznato je da ne uzimanje lijekova u psihotičnih bolesnica može biti dovedeno u svezu sa štetnim djelovanjem ne samo za bolesnicu već i za dijete.

Informiranosti majke i članova njezine obitelji

- rizici od same bolesti i njezine eventualnih posljedica (npr. suicida),
- moguće posljedice primjene psihofarmaka.
- dobiti pozitivni pristanak za uzimanje lijekova od bolesnika i/ili članova obitelji,
- evidentirati i eventualno odbijanje od bolesnice ili članova obitelji.

Osnovne preporuke o primjeni psihofarmaka u trudnoći

Tijekom trudnoće i laktacije potrebno je detaljno razmotriti ima li terapija veći rizik za trudnicu i/ili dijete ili korist.

Trudnicu koja pati od psihičkog por. treba adekvatno liječiti.

Kad god je moguće, treba odabrati nemedikamentoznu terapiju.

-Psihofarmake treba primjenjivati u što je moguće kasnijoj gestacijskoj dobi, što je moguće kraće i u minimalnoj dozi.

Osnovne preporuke o primjeni psihofarmaka u trudnoći

- Treba preferirati monoterapiju.
- Odabir lijekova treba biti individualan ovisno o kliničkoj slici i eventualnom ranijem iskustvu bolesnice i u skladu s klasifikacijom psihofarmaka FDA (preferirati A i B skupine).
- Potrebno je postići maksimalno moguću suradljivost s bolesnicom i članovima njezine obitelji.

Trudnice i majke koje doje po definiciji su isključene iz kliničkih ispitivanja prije svega zbog etičkih razloga.

Spoznaje o sigurnosti i podnošljivosti psihofarmaka u trudnoći i laktaciji su nedovoljne, posebno za novije psihofarmake.

Radi poboljšanja tih spoznaja preporuča prijavljivanje svakog kliničkog iskustva iz prakse.