

# Psykofarmaka til gravide og ammende

Tina Bakkebø, farmasøyt og rådgivar  
RELIS Vest

RELIS Vest - Fagseminar  
Stavanger, 10. februar 2017

**RELIS**

Produsent-uavhengig legemiddelinformasjon for helsepersonell

## Agenda

- Antidepressiva
- Antipsykotika
- Stemningsstabiliserande
- Hypnotika/anxiolytika



RELIS

## Psykisk sjukdom og svangerskap



### Nokre tal:

- Om lag 70 % av kvinner med psykisk sjukdom får barn
- Mødrer med psykisk sjukdom utgjør ca. 15 % av alle graviditetar
- Rundt 10 % av foster eksponerast for psykofarmaka (USA)

Ref: Terrana et al 2015, Chisholm et al. 2015

RELIS

## Psykisk sjukdom er assosiert med auka risiko for komplikasjonar i svangerskapet

- Komplikasjonar uavhengig av psykofarmakabruk
- Årsaken er usikker
- I tillegg auka risiko for røyking, drikking, bruk av illegale stoff, låge folatnivå og ikkje-planlagt graviditet

RELIS

## Risiko ved å ikkje behandle?



- **Schizofreni:** Seponering i svangerskap ga tilbakefall hos over 50 % samanlikna med 16 % hos dei som fortsette behandlinga
- **Bipolar lidning:** Seponering i svangerskap ga tilbakefall hos 85 % samanlikna med 37 % hos dei som fortsette behandling
- **Alvorlig depresjon:** Seponering i 1. trimester gav tilbakefall hos 68 %

Ref: Gabally M et al 2014, Chisholm et al 2015

RELIS

**Mor si psykiske helse er viktig for barnet si utvikling, både under og etter svangerskapet!**

RELIS

## SSRI og graviditet

Cipraleks   Cipramil  
Fontex   Seroxat  
Zoloft   Fevarin

- SSRI er førstevalget dersom gravide skal ha antidepressivum
- Omfattende dokumentasjon
- Risikoen for komplikasjoner er lav
- Brukast ved klar indikasjon

RELIS

## Neonatale reaksjonar

- Hos 15-30 % av barn eksponert for SSRI i 3. trimester
- Irritabilitet, dieproblem, døsigheit
- Vanlegvis milde og forbigåande
- Seponering eller dosereduksjon er ikkje anbefalt

## Vedvarande pulmonal hypertensjon hos barnet (PPHN)

- Eventuell samanheng er omstridt
- Truleg auke frå 1-2 per 1000 barn til 3 per 1000 barn
- Gjeld truleg ved bruk frå veke 20 og vidare i svangerskapet

RELIS

## Andre mulige problem

- Hjertemisdanningar  
(foreløpig sett for paroksetin og fluoksetin)
- Lav fødselsvekt
- Langtidseffektar
- Spontanabort
- For tidlig fødsel

Usikker årsakssamheng  
Bør ikkje vere styrande

RELIS

forskning.no

Kultur Helse Rige Samfunn Teknologi Naturvitenskap I Blogg Meninger

Opplev 11 fantastiske opplevelser på Teknisk museum. NB! Kun til 8. januar.

McMaster: Sykkelighet hos nyfødte etter eksponering for antidepressiver

Medisin Myeletter Robott BME Annet DMTC

Antidepressiva under graviditeten kan gi mindre barn

Barn født av mødre som har brukt antidepressiva i svangerskapet har høyere risiko for å bli født tidligere og være mindre. Forskere advener: Uansett hvilken medisin du tar, er det viktig å bruke medisinene riktig.

Antidepressiva under graviditet ga ikke misdannelser hos barnet

## SSRI og amming

- Alle SSRI går over til morsmjølk i liten grad og kan i utgangspunktet brukast ved amming
- Har ikkje vore rapportert alvorlige biverknader hos diebarn
- Barnet bør uansett følgjast med tanke på biverknader
- Byte eller seponering av antidepressiva i ammeperioden er ikkje anbefalt grunna risiko for forverring av mors psykiske tilstand



RELIS

## SSRI og amming

### Ved oppstart i ammeperioden

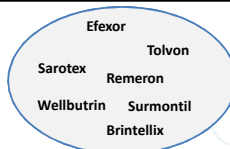
- Sertralin (Zoloft) eller paroksetin (Seroxat) er førstevalget
- Fluoksetin (Fontex) har lang halveringstid og kan akkumulere i diebarnet – bør helst unngåast

### Hos dei som allereie brukar eit SSRI

- Behandlinga bør fortsetje dersom mor har god effekt og opplever lite biverknader

RELIS

## Andre antidepressiva



### Graviditet

- Mindre data enn for SSRI – er derfor ikkje førsteval
- Ser ikkje ut til å vere fosterskadelige
- Gir same risiko som SSRI for neonatale reaksjonar
- Svært lite data for enkelte substansar

### Amming

- Kan brukast under amming, men SSRI er førsteval

RELIS

## Antipsykotika og graviditet



- Antipsykotika er ikkje sikkert vist å auke risikoen for misdanningar, men data er avgrensa og noko motstridande.
- Metaanalyse frå 2015 viste:
  - auka risiko for misdanningar og for tidlig fødsel
  - ikkje noko mønster i misdanningane - difor framleis tvetydig
- Mest data for 2. generasjons antipsykotika; olanzapin, klozapin risperidon og kvetiapin

RELIS

## Neonatale reaksjonar

- Risiko for neonatale reaksjonar ved bruk mot slutten av svangerskapet
- Som regel milde og forbigåande - risiko og alvorlegheitsgrad aukar ved bruk av fleire legemiddel med effekt på CNS
- Seponering/dosereduksjon er ikkje anbefalt - observere barnet

## Langtidseffektar

- Lite data

RELIS

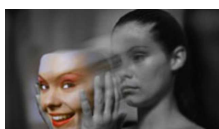
## Antipsykotika og amming

- Lite data for mange antipsykotika
  - vanskelig å gje generell anbefaling
- Kva antipsykotikum som anbefalast varierer – olanzapin og kvetiapin går over til morsmjølk i liten grad
- Vurdering basert på mor sin dose og barnet sin alder. Monoterapi!
- Ein bør vere merksam på eventuelle biverknader hos diebarnet



RELIS

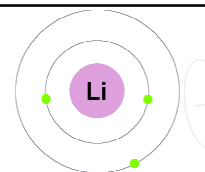
## Stemningsstabiliserande legemiddel



Bipolare kvinner er ei sårbar gruppe i svangerskapet og spesielt postpartum

RELIS

## Litium



### Graviditet

- Blant førstevala
- Eldre studiar har tyda på ein auka risiko for hjertemisdanning, men dette er ikkje bekrefta i nyare studiar. Uansett lav risiko

### Amming

- I utgangspunktet anbefalast ikkje amming
- Kan gje høge konsentrasjonar og uheldige effektar hos diebarnet

RELIS

## Lamotrigin (Lamictal)

### Graviditet

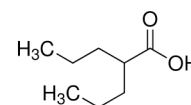
- Ved monoterapi er risikoen for misdanninger truleg liten
- Har vore spekulert i mulig auka risiko for leppe-kjeve-ganespalte, men ikkje noko kjent auka risiko for misdanninger

### Amming

- Kan gje høge konsentrasjonar hos barnet, men her er det store variasjonar
- Enkelte biverknader er rapportert og tett oppfølging anbefalast

RELIS

## Valproat (Orfiril)



### Graviditet

- Er assosiert med kraftig auka risiko for ei rekke misdanninger hos barnet, spesielt nevraltørsdefektar
- Også assosiert med uheldige langtidseffektar
- Dersom bruk ikkje kan unngåast: Tillegg av høgdose folsyre og lågast moglege effektive dose

### Amming

- Kan brukast av ammande

RELIS

## Hypnotika/anxiolytika – Graviditet

- **Benzodiazepiner** er truleg ikkje fosterskadelige
  - mulig risiko for leppe/ganespalte kan ikkje heilt utelukkast
- Bruk i 3. trimester/nær fødselen: risiko for postnatale adaptasjonsforstyringar
- Lågast moglege dose i kortast moglege tidsrom
  - Eingongsinntak ok. Oksazepam er førstevallet
- **Z-hypnotika** – lite data. Truleg ikkje fosterskadelige
- **Alimemazin (Vallergan) og hydroksyzin (Atarax)** – svært lite data



RELIS

## Hypnotika/anxiolytika – Amming

- **Benzodiazepiner**
  - låge dosar i eit par dagar er ok
  - langtidsbruk bør unngåast om moglege
  - oksazepam er førstevallet
  - observer barnet
- **Z-hypnotika**
  - kan som benzodiazepiner brukast intermitterande
- **Alimemazin og hydroksyzin** – manglar data
- **Alder og helse hos diebarnet er viktige moment i vurderinga**



RELIS

## Oppsummering

*Generelt anbefaler vi at gravide bruker færrest mulig medisiner i lavest mulig effektive dose. Samtidig er det også viktig for barnet i magen at mor får tilstrekkelig behandling for psykisk sykdom i graviditeten, ved fødselen og i perioden etterpå. Noen ganger er det derfor nødvendig og riktig å bruke medisiner også under graviditet og ved amming.*

Frå svar i Trygg Mammamedisin ved spørsmål om bruk av psykofarmaka i svangerskap

RELIS

## Referansar

- Terrana N et al. Pregnancy Outcomes Following In Utero Exposure to Second-Generation Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Psychopharmacol. 2015 ;35(5):559-65.
- Chisolm MS et al. Management of psychotropic drugs during pregnancy. BMJ 2016; 532: h5918
- Khan SJ et al. Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(2):13.
- Larsen ER, Damkier P et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. Acta Psychiatr Scand Suppl 2015; (445):1-28.
- Kulkarni J, Storch A et al. Antipsychotic use in pregnancy. Expert Opin Pharmacother 2015; 16(9):1335-45.
- Schaefer C, Peters P et al., editors. Drugs during pregnancy and lactation 2015; 3rd ed.
- Berle JØ, Solberg DK et al. Behandling av bipolar lidelse under svangerskap og etter fødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131(2): 126-9.

RELIS