

Článek se zabývá zejména léčbou depresivní poruchy během těhotenství, příležitostně zmiňuje i depresivní poruchu v postpartum období.

## Diagnostika

Peripartální depresivní porucha je v diagnostických manuálech DSM-5 a ICD-11 klasifikována jako epizoda depresivní poruchy spojená s těhotenstvím, nebo obdobím po porodu. DSM-5 používá specifikátor „s peripartálním začátkem,“ který zahrnuje období od těhotenství až do 4 týdnů po porodu. DSM-5 neuvádí peripartální depresi jako samostatnou diagnózu, ale jako specifikátor u velké depresivní epizody (1). ICD-11 umožňuje přesnější postkoordinaci s označením „perinatální období“ (kdykoli během těhotenství a delší období po porodu), což lépe odpovídá klinické praxi a poskytuje širší časové vymezení (2). Moderní přístup zdůrazňuje význam aktivního screeningu a individuálního posouzení rizik v celém peripartálním období pomocí validovaných screeningových nástrojů, například PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) - standardizovaného dotazníku používaného k hodnocení závažnosti depresivních symptomů. Správná diagnostika je zásadní pro volbu účinné terapie a prevenci dlouhodobých negativních dopadů na dítě i rodinu (3, 4).

## Epidemiologie prenatální depresivní poruchy

Celosvětová prevalence depresivní poruchy v těhotenství dosahuje přibližně 20,7% a je častější v zemích s nízkými a nižšími středními příjmy (30,3%, resp. 30,8%) než v zemích s vyššími středními a vysokými příjmy (24,2%, resp. 18,1%). Riziko rozvoje depresivních symptomů během těhotenství zvyšují faktory, jako jsou nezaměstnanost, nízké vzdělání, neplánované těhotenství, pozitivní psychiatrická anamnéza, nepříznivé sociální prostředí, nedostatečná sociální podpora a kouření. Prevalence depresivní poruchy v jednotlivých trimestrech se pohybuje přibližně na úrovni 21,2% v prvním, 15,8% ve druhém a 18,9% ve třetím trimestru (5). Některé studie (6, 7, 8) dále ukázaly, že prenatální depresivní symptomy nejsou během těhotenství konstantní a že různé trajektorie těchto symptomů souvisejí s různou mírou rizika předčasného porodu (PTB) (9).

## Léčebné přístupy v těhotenství

V léčbě depresivní poruchy se uplatňují nefarmakologické i farmakologické přístupy. Mezi nefarmakologické metody patří psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, elektrokonvulzivní léčba, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, relaxační techniky, úprava životosprávy, léčba jasným světlem. Tyto metody jsou vhodné zejména pro ženy s dosud neléčenou depresí, nebo s lehkou až středně těžkou depresí. Zatímco nefarmakologické metody jsou preferovány u lehčích forem depresivní poruchy, farmakologická léčba antidepresivy je indikována u těžkých depresivních poruch, při opakovaných relapsech onemocnění či při suicidálních tendencích.

Farmakoterapie depresivní poruchy v těhotenství vyžaduje pečlivé zvážení rizik a přínosů pro matku i plod plynoucích z medikace, oproti rizikům neléčené deprese. Rozhodnutí o léčbě by mělo být individualizované a vycházet z komplexního posouzení zdravotního stavu, anamnézy, závažnosti depresivní poruchy, preferencí pacientky a pečlivého zvážení bezpečnostního profilu jednotlivých léčiv. Pro akutní i udržovací terapii se používají antidepresiva. Jedná se o psychofarmaka ovlivňující centrální nervový systém, která procházejí placentární bariérou a mohou ovlivnit vývoj plodu (10, 11). Preferují se léčiva s příznivým bezpečnostním profilem: nízkou kategorií rizika, vysokou vazbou na plazmatické proteiny, krátkým poločasem eliminace, nízkým počtem aktivních metabolitů, minimem nežádoucích účinků a podávaná v monoterapii. Při výběru léčiva se zohledňuje trimestr těhotenství, potenciální rizika pro plod, účinnost léku a předchází odpověď pacientky. Léky s nejdelšími klinickými zkušenostmi a relativně příznivým bezpečnostním profilem, například některá SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu), jsou obvykle volbou první linie. Při výběru medikace je důležité se vyhybat léčivům s prokázaným teratogenním potenciálem (například paroxetin v 1. trimestru) (12). Během léčby je třeba monitorovat matku i plod, zejména při expozici v 3. trimestru. Supraterapeutické

dávky SSRI lze zvážit u rezistentních případů, vždy s pečlivým dohledem. V rámci farmakoterapie depresivní poruchy může být ve specifických případech indikováno také použití antipsychotik, anxiolytik, hypnotik (13, 14, 15).

Augmentace antipsychotiky je vyhrazena pro rezistentní nebo psychotické deprese, a to až po selhání monoterapie a individuálním posouzení (15, 16, 17).

Jako adjuvantní medikaci při úzkostných příznacích či nespavosti lze podávat benzodiazepiny s krátkým poločasem eliminace. Ty by měly být v těhotenství užívány pouze krátkodobě a v nejnižší účinné dávce, jejich podávání v prvním trimestru je spojováno s rizikem rozštěpových vad (14). Dlouhodobé užívání ve druhém a třetím trimestru zvyšuje riziko neonatálního abstinčního syndromu (sedace, hypotonie, respirační deprese). Proto je vhodné je postupně vysadit před porodem (14, 18, 19).

Hypnotika (zopiclon, zolpidem) nesou podobná rizika, a proto by měla být omezena na krátkodobé a nezbytné případy, s preferencí zopiclonu v těhotenství a zolpidemu během laktace (14, 15).

Užívání stabilizátorů nálady je spojeno s významným rizikem pro plod i matku. Nejvyšší riziko je spojeno s valproátem a karbamazepinem (20). Lithium je účinné v prevenci relapsu bipolární poruchy během těhotenství a po porodu. Je možné ho použít při pečlivém monitorování a zvážení rizik. Užívání lithia v prvním trimestru je spojeno se zvýšeným rizikem vrozených vad, zejména srdečních. Pokud je léčba lithiem nezbytná, doporučuje se udržovat co nejnižší terapeutickou hladinu a provádět detailní ultrazvukové vyšetření srdce plodu. V třetím trimestru může lithium vést k neonatální toxicitě (hypotonie, letargie, poruchy sání, strumy), proto je nutné monitorovat hladiny lithia u matky i novorozence i po porodu. Důležité je vždy individuálně zvážit přínosy a rizika a volit nejnižší účinnou dávku v monoterapii (15, 20, 21).

Novější léky jako ketamin, esketamin, brexanolon a zuranolon se nedoporučují z důvodu nedostatku bezpečnostních dat nebo jsou schváleny pouze pro léčbu poporodní deprese (22). Brexanolon a zuranolon v ČR nejsou registrovány. Jedná se ale o záj-