

Depression under graviditet: et klinisk dilemma

Depression under en graviditet er en udfordring for den gravide og hendes familie og for behandlere i sundhedssektoren. Depression blandt gravide kvinder forekommer således med en prævalens på ca. 12%, og depression er i sig selv associeret med skadelige virkninger på fosteret og det nyfødte barn. Ca. 2% af de danske gravide kvinder behandles med selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI), som også har været associeret med uønskede fosterpåvirkninger og obstetriske komplikationer. I en statusartikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1] gives en oversigt over dette dilemma med fokus på risici ved brug af SSRI til gravide.

Behandling af gravide med depression er en kompleks opgave, der ideelt set bør foregå i samråd med en psykiater med specialviden, som anført i statusartiklen [1]. I praksis vil det ikke være overkommeligt for landets psykiatere at se alle gravide, der behandles med SSRI. Det kan her være hensigtsmæssigt at skelne mellem relativt »ukomplicerede« tilfælde hos patienter med førstegangsdepression, hvor behandlingen kan varetages i almen praksis, og tilfælde af tilbagevendende og/eller mere kompliceret depression, hvor konferering med en psykiater er indiceret.

Nonfarmakologiske behandlingsmodaliteter bør overvejes først, idet man dog ikke skal undervurdere den skadelige effekt, som en underbehandlet depression i sig selv kan have på moderen og fosteret. Flere studier tyder på, at ubehandlet depression hos moderen er associeret med øget forekomst af lav fødselsvægt, præterm fødsel, præeklampsi såvel som senere kognitive og adfærdsmæssige forstyrrelser hos barnet [2]. Ubehandlet depression hos gravide synes således at være associeret med ændrede biologiske forhold hos fosteret såsom hyperaktivitet og uregelmæssig hjerterytme og hos det nyfødte barn med øgede kortisol- og noradrenalin-niveauer [3]. Desuden er depression hos gravide associeret med livsstilsfaktorer som alkoholindtag, rygning, dårlig ernæring og manglende motion, hvilket i sig selv er skadelige for fosteret. Endelig fortsætter ubehandlet depression under graviditeten ofte efter fødslen med alvorlige konsekvenser for mor-barnkontakten og familien [2].

I de seneste år har man i et stort antal studier, herunder danske registerstudier, undersøgt risikoen for uønskede fosterpåvirkninger og obstetriske komplikationer i forbindelse med SSRI-eksponering i graviditeten. Disse studier er i mange tilfælde kendetegnet ved

store studiepopulationer og mere sofistikerede analyser end tidligere studier, bl.a. ved at man har forsøgt at skelne effekten af depression i sig selv fra effekten af behandling med antidepressiv medicin [4, 5].

Martens et al's gennemgang af den nyere litteratur tyder på, at evidensen for, at der er en øget risiko for de fleste rapporterede SSRI-associerede udfald, er meget lav [1]. På baggrund af data fra nu mere end 100.000 gravide og deres børn, som har været eksponeret for en SSRI i første trimester, synes SSRI overordnet ikke eller kun i ringe grad at medføre uønsket påvirkning af den gravide og det ufødte barn eller øget risiko for medfødte misdannelser. Forfatterne konkluderer således, at SSRI ikke bør forholdes gravide med en velbegrunderet indikation for medicinsk behandling. Dog er der også i nyere studier en lille overhyppighed af medfødt pulmonal hypertension med et number needed to harm på omkring 1.000, hvilket kræver postnatal opmærksomhed.

Det er vanskeligt at forestille sig, at man i fremtidige farmakoepidemiologiske studier nærmere vil kunne afklare fordele og ulemper ved behandling med antidepressiv medicin under en graviditet i forhold til fødselskomplikationer og misdannelser. Yderlige afklaring vil formentligt kun kunne opnås ved randomiserede eller kvasirandomiserede undersøgelser, som af etiske grunde er vanskelige at gennemføre. Modsat mangler der fortsat observationelle langtidsstudier over trivsel hos børn og unge, der er født af mødre, som havde depression under graviditeten med og uden medicinsk behandling.

Diagnostik og behandling af depression under en graviditet vil også fremover være en vigtig, vanskelig og kompleks opgave, men forskningen over det seneste årti tyder på, at risikoen ved medicinsk behandling under en graviditet er mindre end frygtet i det første årti efter fremkomsten af SSRI i begyndelsen af 1990'erne.

LITTERATUR

1. Martens T, Damkier P, Videbech P. Risici ved brug af selektive serotoninoptagelseshæmmere til gravide. Ugeskr Læger 2019;181:V06190338.
2. Schaffir J. Consequences of antepartum depression. Clin Obstet Gynecol 2018;61:533-43.
3. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: short- and long-term effects in offspring. Neuroscience 2017;342:154-66.
4. Jensen HM, Grøn R, Lidsgaard Ø et al. Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. Br J Psychiatry 2013;202:347-51.
5. Adhikari K, Patten SB, Lee S et al. Risk of adverse perinatal outcomes among women with pharmacologically treated and untreated depression during pregnancy: a retrospective cohort study. Paediatr Perinat Epidemiol 2019;33:323-31.

LEDER

Lars Vedel Kessing

Ugeskr Læger
2020;182:V205002

KORRESPONDANCE:

Lars Vedel Kessing, Psykiatrisk Center København.
E-mail: lars.vedel.kessing@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk