

ABM Klinisches Protokoll Nr. 18

Verwendung von Antidepressiva bei stillenden Müttern

Ein zentrales Ziel der „Academy of Breastfeeding Medicine“ ist die Entwicklung klinischer Protokolle für den Umgang mit häufigen medizinischen Problemen, welche den Stillerfolg beeinflussen können. Diese Protokolle dienen nur als Richtlinien für die Versorgung stillender Mütter und Kinder und beschreiben nicht die einzig mögliche Behandlung noch dienen sie als Standards der medizinischen Versorgung. Veränderungen in der Behandlung können in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des individuellen Patienten angebracht sein.

Die Postpartale Depression (PPD) (gelegentlich auch als schwangerschaftsassozierte Stimmungsstörung bezeichnet) ist eine der häufigsten und ernsthaftesten postpartalen Erkrankungen, die 10 bis 20% der Mütter innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt eines Kindes betrifft.(1) Studien haben ergeben, dass bis zu 50% der Frauen mit postpartaler Depression undiagnostiziert bleiben.(2)

Zu den Risikofaktoren gehören vorangegangene Depressionen (etwa 25 – 30% Rückfallrisiko)(3,4) einschließlich PPD und Depressionen während der Schwangerschaft. Weitere Risikofaktoren sind belastende Lebensereignisse in jüngster Vergangenheit, fehlende soziale Unterstützung, ungeplante Schwangerschaft(5) und Frauen, die unter ökonomischer Belastung stehen, benachteiligt sind, ein geringes Einkommen haben oder schwarz sind.(6) Außerdem haben Studien an ökonomisch benachteiligten Familien gezeigt, dass etwa 25% der Frauen anhaltend unter depressiven Symptomen leiden, die weit über das erste Jahr postpartum reichen.(7)

Zu den Behandlungsansätzen gehören nichtmedikamentöse Therapien, wie zum Beispiel interpersonelle Psychotherapie oder kognitive Verhaltenstherapie, medikamentöse Therapien oder eine Kombination von beidem. Antidepressiva sind die am häufigsten verordneten medikamentösen Behandlungsformen bei PPD. Die Mutter und ihr medizinischer Betreuer sollten gemeinsam eine individuell angepasste Wahl treffen. Stillende Mütter sind möglicherweise besorgt über die Fortführung oder den Beginn einer medikamentösen Therapie bei PPD. Einige Ärzte sind aufgrund mangelnder Informationen über Antidepressiva in der Stillzeit zögerlich bei der Verordnung. Die Risiken einer unbehandelten Depression, die Risiken der Medikamente für die Stilldyade und die Vorteile der Behandlung müssen bei der Entscheidung über die Behandlung vollumfänglich berücksichtigt werden.

Dieses Protokoll diskutiert das Krankheitsspektrum, betont die Wichtigkeit des Screenings und liefert evidenzbasierte Information und Empfehlungen für die Behandlung von PPD bei stillenden Müttern.

Krankheitsspektrum

Es gibt Meinungsverschiedenheiten darüber, ob PPD eine eigene Erkrankungsform ist. Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. und 5. Ausgabe (DSM-IV und V), wird PPD als Unterform der schweren Depression betrachtet und es gibt eine damit zusammenhängende Spezifikation, um den Beginn in der Postpartalperiode zu kennzeichnen.(8) Das neuere DSM-V

erweiterte die Definition der PPD, um das Einsetzen von Symptomen während der Schwangerschaft bis zu vier Wochen postpartum einzuschließen.(9) Die Diagnose kann zusätzlich durch andere Begleiterkrankungen, einschließlich Angststörungen und bipolaren Störungen, erschwert werden. Postpartale Stimmungsstörungen sind in der Postpartalperiode weit verbreitet, unterscheiden sich aber in Zeitpunkt und Schwere der Symptome und umfassen ein breites Spektrum von Störungsbildern.(2,8,10) „Postpartum Blues“ ist ein Erkrankungsbild, das durch emotionale Veränderungen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und Gefühle der Überforderung gekennzeichnet ist und 30 – 80% der Frauen betreffen kann.(7,8) Es ist eine vorübergehende Erscheinung, deren Höhepunkt typischerweise am 5. Tag postpartum liegt und bis zum 10. Tag postpartum abklingt. Im Gegensatz zu PPD beeinträchtigt Postpartum Blues die Versorgung des Kindes nicht.

„Postpartale Depression“ ist eine schwere depressive Episode, die die sozialen und beruflichen Fähigkeiten beeinträchtigt. Die Symptome verursachen erhebliches Leiden und können Selbstmordgedanken mit einschließen. Unbehandelt können die Symptome länger als 14 Tage anhalten und mehrere Monate bis zu einem Jahr fortauern. (1)

Eine „postpartale Psychose“ ist ein psychiatrischer Notfall und wird charakterisiert durch Paranoia, Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Selbstmordgedanken, begleitet von dem potenziellen Risiko für Suizid und/oder Infantizid. Sie kann bei einer bis drei von 1000 Geburten auftreten und beginnt in der Regel rasch (innerhalb von Stunden bis zu wenigen Wochen) nach der Geburt.(7,8) Frauen mit einer postpartalen Psychose können in ihrer Krankengeschichte eine vorangegangene postpartale Psychose oder eine bipolare Störung aufweisen, doch bei einigen Frauen gibt es keine psychiatrische Vorerkrankung.(11,12) Bei etwa 25 – 50% der Frauen mit bipolarer Störung besteht ein Risiko dafür, eine postpartale Psychose zu entwickeln.(13)

„Postpartale intrusive Gedanken“ und „Zwangsstörungen“ treten allgemein bei Frauen verbreitet auf, doch die Schwere der Symptome ist sehr weit gestreut und sie stellen für Frauen in der Postpartumperiode einen Anlass zur Sorge dar. Intrusive oder obsessive Gedanken sind unwillkommene und unwillkürliche Gedanken, Bilder oder unangenehme Vorstellungen, die zu Obsessionen werden können. Diese Gedanken sind für die Frau meist erschreckend oder belastend und es kann schwer sein, mit ihnen umzugehen oder sie zu unterdrücken.(14,15)

Screening auf PPD

Studien bestätigen, dass die meisten Mütter (80%) kein Problem mit der Vorstellung haben, auf Depressionen untersucht zu werden.(1) Internationale Leitlinien und Experten empfehlen ein Screening auf PPD.(16-18)

Obwohl die definitive Evidenz für den Nutzen begrenzt ist, empfiehlt das American College of Obstetricians and Gynecologists, dass Patientinnen in der Perinatalzeit mindestens einmal mittels eines standardisierten und validierten Verfahren auf Symptome für Depression und Angststörungen ärztlich untersucht werden.(19) Erstmals hat eine große multizentrische Studie in den USA über das Screening und die Nachsorge für PPD in der Allgemeinmedizinpraxis mit zwölf Monaten verbesserte Ergebnisse bei den Müttern ergeben.(20) (I). (Qualität der Evidenz [Evidenzlevel I, II-1, II-2, II-3 und III] basierend auf der U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Ratings(21) wird in diesem Protokoll immer in Klammern angeführt.)

Die meisten Ärzte und im Bereich der Mutter- Kind-Gesundheit tätigen Fachkräfte kennen die belastenden Auswirkungen der PPD und stimmen zu, dass das Screening junger Mütter in ihren Zuständigkeitsbereich fällt.(22,23) Die American Academy of Pediatrics und das U.S. Surgeon General's Office haben das erkannt und fordern deshalb die frühe Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen, einschließlich PPD.(24,25) Da sich in vielen Ländern gezeigt hat, dass die Erkennung und Behandlung vorteilhaft ist, ist es wichtig, dass das Screening für PPD weltweit systematisch durchgeführt wird.(26) (I)

Screeningverfahren

Das weltweit am besten untersuchte Screeningverfahren ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).(7,27) Die EPDS ist kostenlos, lizenzfrei verfügbar, in vielen Sprachen erhältlich und verfügt über eine kulturübergreifende Validität. Sie besteht aus zehn Fragen, die von der Mutter auf der Basis der in den letzten sieben Tagen aufgetretenen Symptome beantwortet werden. Die Durchführung dauert etwa fünf Minuten.(27) Es gibt mehrere Kontaktsituationen, in denen das Screening durchgeführt werden kann. Bei den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder kann das EPDS-Screening bei den Terminen mit 1, 2, 4 und 6 Monaten erfolgen. (7,16-18,28-30) Die Nachuntersuchungen zur Nahtkontrolle zwei Wochen nach Geburt per Sectio und vier bis sechs Wochen postpartum stellen ebenfalls wichtige Screeningmöglichkeiten dar. Die EPDS kann leicht durchgeführt werden und hat sich als wirksames Instrument zur frühzeitigen Erkennung von postpartalen Stimmungsstörungen bereits vier bis acht Wochen postpartum erwiesen. (30,31) (II-3) Ein Wert von 10 oder mehr Punkten oder eine bejahende Antwort auf die Frage Nr. 10 über Suizidgedanken wird als positiv gewertet und weist darauf hin, dass die Mutter an einer depressiven Erkrankung mit unterschiedlichem Schweregrad leiden könnte.(32) (II-3) Fachpersonal, das mit der Versorgung von Kindern betraut ist, muss die Mutter mit einem positiven Screeningergebnis an entsprechend geeignete Stellen verweisen.

Auswirkungen von PPD

Zusätzlich zu den offensichtlichen, negativen Auswirkungen auf die Mutter, beeinträchtigt die PPD das Kind, den Ehe- und/oder Lebenspartner und andere Familienmitglieder. Sie kann zu Schwierigkeiten in der Familie führen, das erfolgreiche Bonding von Mutter und Baby verhindern, zum vorzeitigen Abstillen führen und das Gedeihen und die Entwicklung des Gehirns beim Kind negativ beeinflussen.(7,33-36) Beim Vorliegen einer PPD bei der Mutter ist auch die Rate der väterlichen Depressionen erhöht, was die negativen Auswirkungen von Depressionen auf Kinder verschlimmern kann. Kinder von depressiven Müttern haben eine geringere Bindung und seltener Augenkontakt mit ihrer Mutter und haben ein Risiko für Gedeihstörungen, Bindungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen.(2)

Es wurde ein Zusammenhang der neuroendokrinen Mechanismen zwischen mütterlicher Stimmung, Oxytozinspiegel und mütterlichem Affekt während des Stillens aufgezeigt.(37) Dies stärkt den Standpunkt, dass Frauen mit Depressionen von früher und anhaltender Stillunterstützung profitieren. Gleichmaßen gilt, dass Frauen mit negativen Still Erfahrungen mit höherer Wahrscheinlichkeit zwei Monate postpartum Symptome einer Depression aufweisen können. Deshalb sollten Frauen mit Stillproblemen auf Symptome für eine Depression untersucht werden.(33)

Klinischer Behandlungsansatz für PPD

Sobald bei einer Frau ein Risiko für eine PPD erkannt wurde, muss über Behandlungsmöglichkeiten nachgedacht und ihr diese angeboten werden. Bei leichter bis mittelschwerer Depression bei stillenden Müttern sollte als First-Line-Therapie, falls verfügbar, psychologische/kognitive Verhaltenstherapie angedacht werden.(38) (II-2)

Behandlung

Nichtmedikamentös

Psychotherapie. Psychotherapie ist eine wirkungsvolle Behandlungsform für schwere depressive Störungen in der Postpartalzeit und verschiedene Therapieformen scheinen ähnlich effektiv zu sein.(39-41) (I) Es gibt drei Ansätze für Psychotherapie in der Postpartalzeit, interpersonelle Therapie, kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie (nondirektive Therapie).(39-47) Eine Nichtmedikamentöse Behandlung ist für das Kind ungefährlich und wird von Müttern mit PPD oftmals akzeptiert.

Überlegungen zur Säuglingsernährung. Still Schwierigkeiten und perinatale Symptome treten oft gemeinsam auf. Das Management bei Depressionen sollte daher eine Erörterung der mütterlichen Still erfahrung beinhalten. Einige Mütter mit Depressionen finden, dass das Stillen das Bonding fördert und ihre Stimmung verbessert, andere hingegen empfinden das Stillen als schwierig. Bei Stillpaaren, die mit der Milchbildung und Anlegeproblemen kämpfen, sollte versucht werden, die Ernährungspläne zu vereinfachen, damit sichergestellt ist, dass Mutter und Kind Zeit haben, einander zu genießen. Die Belastungen des nächtlichen Stillens können für diejenigen Mütter, bei denen Schlafunterbrechungen ein wesentlicher Trigger für Stimmungssymptome sind, eine Herausforderung sein. In diesen Fällen kann es hilfreich sein, dafür zu sorgen, dass jemand anderes das Kind einmal pro Nacht füttert, um der Mutter so fünf bis sechs Stunden ununterbrochenen Schlags zu ermöglichen. Eine Unterstützungsperson kann der Mutter das Kind auch zum Stillen bringen und es danach wieder übernehmen, um es wieder zum Einschlafen zu bringen. So lässt sich die mütterliche Schlafunterbrechung minimieren.(III)

Medikamente

Steht keine psychologische/kognitive Verhaltenstherapie zur Verfügung, sind die Symptome schwerwiegend oder verweigert die Mutter diese Therapie, sind Antidepressiva eine wirkungsvolle Möglichkeit. Bei der Auswahl eines Antidepressivums während der Stillzeit müssen viele Faktoren berücksichtigt werden. Alle Antidepressiva gehen zu einem gewissen Anteil in die Muttermilch über. Daten, um eine informierte klinische Entscheidung zu treffen, stammen in erster Linie aus Fallberichten und Fallserien. Deshalb sollte die erste Behandlungsmaßnahme auf einem informierten klinischen Ansatz beruhen, der die vorangegangenen Behandlungen der Patientin bei Depression, insbesondere während der Schwangerschaft, mit einbezieht und die anzugehenden Symptome, die Familienanamnese hinsichtlich Depressionen und ihre Erfahrungen mit Antidepressiva, aktuelle und in der Vergangenheit aufgetretene medizinische Störungen, Allergien, Nebenwirkungen von Medikamenten sowie die Wünsche der Mutter berücksichtigt. Es muss eine individuelle Risiko-Nutzen-Analyse durchgeführt werden (Tabelle 1).(48) (I)

Klinische Faktoren, die die Wahl des Antidepressivums beeinflussen

- Psychiatrische Anamnese mit Schwerpunkt auf vorangegangene Episoden von Stimmungs- und Angststörungen und wirkungsvolle Behandlungsmaßnahmen erheben. Falls psychotrope Medikamente eingesetzt wurden, feststellen, welche Behandlungen unter Berücksichtigung eines tolerierbaren Nebenwirkungsprofils wirksam waren. Das Ansprechen auf eine Behandlung in der Vergangenheit stellt oftmals den besten Vorhersagefaktor für die zukünftige Reaktion dar.(48)(II-2)
- Erstellen einer Familienanamnese zu psychiatrischen Erkrankungen und Ansprechen auf Behandlungen. Die Krankengeschichte eines direkten Familienmitglieds kann hinweisend auf den Behandlungseffekt bei der Mutter sein.(48) (II-2)
- Überlegungen, welche Hauptsymptome mit der Medikation angesprochen werden sollen und welches potentielle Nebenwirkungsprofil sich daraus ergibt.
- Psychotrope Medikamente mit basierter Evidenz für stillende Frauen auswählen. Ältere Medikamente, zu denen Daten verfügbar sind, sollten gegenüber neueren Antidepressiva mit begrenzten Informationen zur Sicherheit bevorzugt werden.

Auswahl eines Antidepressivums in der Stillzeit

Wird bei einer stillenden Frau der Einsatz eines Medikamentes erwogen, muss der Arzt/die Ärztin sowohl die Sicherheit für die Mutter als auch für das Kind bedenken. Die medikamentöse Therapie muss sowohl für die Mutter wirksam als auch sicher für das Kind sein. Auch wenn die Messung des Serumspiegels des psychotropen Medikaments die genaueste Messung der kindlichen Exposition darstellt, ist es häufig schwierig, den kindlichen Serumspiegel in der routinemäßigen, klinischen Praxis zu bestimmen. Zu den zu beachtenden Faktoren, die den Übergang eines Medikamentes in die Muttermilch beeinflussen, gehören:

1. Art der Verabreichung und Pharmakokinetik(49):

- Absorptionsrate
- Halbwertszeit und Zeit des höchsten Serumlevels
- Dissoziationskonstante
- Verteilungsvolumen
- Molekularmasse
- Ionisierungsgrad
- Plasma-pH (7,4) und Milch-pH (6,8)
- Löslichkeit der Substanz in Wasser und in Lipiden
- Plasmaproteinbindung

2. Menge des Medikamentes, die das Kind über die Muttermilch erhält(49):

- Aufgenommene Milchmenge
- Kolostrum versus reife Muttermilch
- Medikamentenkonzentration in der Milch
- Wie gut wurde die Brust während der vorangegangenen Stillmahlzeiten geleert
- Fähigkeit des Kindes, das Medikament aufzunehmen, zu entgiften und auszuscheiden

Aktuelle Informationen über den Gebrauch von Medikamenten in der Stillzeit sind im Internet frei verfügbar unter TOXNET LACTMED (<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>) (englisch)

und e-lactancia (<http://e-lactancia.org/>) (englisch und spanisch) sowie <https://www.embryotox.de/> (deutsch).

Die meisten Untersuchungen zu Antidepressiva liefern Konzentrationen in der Milch oder Milch-Plasma-Quotienten, die keine konstanten Werte ergeben, sondern von Faktoren wie Dosis, Häufigkeit, Dauer der Dosierung, Variationen in der mütterlichen Verstoffwechslung der Medikamente, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und genetischem Hintergrund abhängen. Nur wenige Untersuchungen liefern kindliche Serumspiegel, obwohl diese die beste Messung der kindlichen Exposition darstellen.(49)

Ausgewählte Antidepressiva

Daten aus einer kürzlich erstellten Metaanalyse weisen darauf hin, dass alle Antidepressiva in der Milch nachweisbar sind, dass aber nicht alle im kindlichen Serum gefunden werden.(50) Nortriptylin, Paroxetin und Sertralin waren in den meisten Fällen im kindlichen Serum nicht nachweisbar. Die Konzentrationen von Citalopram und Fluoxetin im kindlichen Serum überschritten die empfohlenen 10% des mütterlichen Spiegels in 17% bzw. 22% der Fälle. Aufgrund der unzureichenden Fallzahlen konnten für andere Antidepressiva keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Es gibt wenig bis keine Evidenz dafür, dass ethnische oder regionale „Medizin“ sicher oder wirksam ist. Deshalb wird vor ihrer Anwendung durch Ärzte deutlich gewarnt.(II-2) Angaben zu einzelnen Antidepressiva s. Tabelle 1.

Empfehlungen für antidepressive Behandlungen bei stillenden Frauen

- Die derzeitige Evidenz weist darauf hin, dass eine unbehandelte, mütterliche Depression ernsthafte und lang anhaltende Auswirkungen auf Mütter und Kinder haben kann, und dass eine Behandlung das Outcome für Mütter und Kinder verbessern kann. Deshalb wird eine Behandlung nachdrücklich bevorzugt.(II-2)
- Es ist wichtig, Frauen, die nur an einer leichten Form des postpartalen Blues leiden, nicht als „depressiv“ zu bezeichnen. Wir müssen unterscheiden. Bei Frauen mit milden Symptomen in den ersten beiden Wochen postpartum wird eine engmaschige Nachsorge statt der Einleitung einer Therapie mit Antidepressiva empfohlen.(II-2)
- Wenn verfügbar und solange die Symptome leicht bis mittelschwer ausgeprägt sind, besteht die First-Line-Therapie bei stillenden Frauen in psychologischer/kognitiver Verhaltenstherapie, da diese für das Kind keine bekannten Risiken birgt. Die Mütter müssen überwacht und die Therapie überprüft werden. Wenn keine Besserung eintritt oder sich die Symptomatik verschlechtert, sollte eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva erwogen werden.(II-2)
- Sowohl psychologische/kognitive Verhaltenstherapie als auch antidepressive Medikamente werden für Frauen mit mittelschweren bis schweren Symptomen oder für diejenigen empfohlen, die unter aktuellen Stressoren oder interpersonellen Problemen leiden, bei denen eine Psychotherapie hilfreich sein könnte. Der Stillstatus der Mutter sollte die Behandlung nicht verzögern.(II-2)
- Frauen mit mittelschweren bis schweren Symptomen benötigen möglicherweise nur eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva. Im Fall einer mittelschweren bis schweren Depression überwiegen die Vorteile der Behandlung wahrscheinlich gegenüber den Nachteilen der Medikamente für Mutter oder Kind.

- Es gibt keinen allgemein akzeptierten Algorithmus für die medikamentöse Behandlung von Depressionen bei stillenden Frauen. Es muss in jeder Situation eine individuelle Risiko-Nutzen-Analyse erstellt werden. Dabei müssen die mütterliche Krankengeschichte und ihre Reaktion auf Behandlung, die Risiken einer unbehandelten Depression, die Risiken und Vorteile des Stillens, der Nutzen der Behandlung, die bekannten und unbekanntes Risiken des Medikamentes für das Kind und die Wünsche der Mutter berücksichtigt werden.
- Gibt es in der Anamnese der Mutter keine Erfahrung mit einer antidepressiven Behandlung, ist ein Antidepressivum wie Sertralin, für das es Belege für geringere Konzentrationen in der Muttermilch und im kindlichen Serum und wenige Nebenwirkungen gibt, eine geeignete erste Wahl.(II-2) Sertralin hat das beste Sicherheitsprofil während der Stillzeit. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 25 mg für fünf bis sieben Tage, um Nebenwirkungen zu vermeiden. Diese Dosis kann dann auf 50 mg/Tag erhöht werden.
- Wenn die Mutter in der Vergangenheit erfolgreich mit einem bestimmten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, trizyklischen Antidepressivum oder Serotonin-Norepinephrin-Aufnahmehemmer behandelt wurde, sollten die Daten dieses Antidepressivums überprüft werden und es, falls keine Kontraindikationen vorliegen, als eine First-Line-Therapie in Betracht gezogen werden.
- Mütter, die während der Schwangerschaft mit guter Symptomkontrolle mit einem bestimmten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, trizyklischen Antidepressivum oder Serotonin-Norepinephrin-Aufnahmehemmer behandelt wurden, sollten in der Stillzeit mit dem gleichen Wirkstoff weiter behandelt werden. Es ist wichtig, der Frau zu versichern, dass für das Kind über die Muttermilch eine weit geringere Exposition mit dem Antidepressivum besteht als während der Schwangerschaft. Darüber hinaus ist die fortlaufende Behandlung von Stimmungsstörungen für die Gesundheit von Mutter und Kind unverzichtbar. Mütter sollten Informationen über die bekannten und unbekanntes Risiken und Nutzen der Behandlung erhalten, um eine informierte Entscheidung zu treffen.
- In der Anfangsphase der Therapie sollten die Mütter sorgfältig auf Veränderungen der Symptome überwacht werden, auch in Hinblick auf eine Verschlechterung der Symptome. Insbesondere Frauen mit einer Vorgeschichte mit bipolaren Störungen, die bislang nicht diagnostiziert wurden, haben ein erhöhtes Risiko, in der Postpartalzeit eine depressive Episode, Manie oder Psychose zu entwickeln. Auch wenn diese Situation selten eintritt, sollten Mütter und ihre Partner sich bewusst sein, auf welche Symptome sie achten müssen, wie zum Beispiel verstärkte Schlaflosigkeit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, rasende Gedanken und schnelles Sprechen/Bewegen. Frauen mit solchen Symptomen sollten sich sofort an ihren Facharzt wenden.
- Der Arzt der Mutter sollte sich mit dem Kinderarzt absprechen, um die Überwachung und Nachsorge zu erleichtern. Die Kinder sollten sorgfältig ärztlich überwacht werden, einschließlich sorgfältiger Verfolgung des Wachstumsverlaufs. Regelmäßige Kontrollen des Serumspiegels ohne klinische Indikation oder Bedenken sind nicht angezeigt. Außerdem würden die Serumspiegel in den meisten Fällen keine hilfreichen Informationen liefern, es sei denn, es handelt sich um ein psychotropisches Präparat, für das ein therapeutisches Fenster und Normlaborwerte dokumentiert sind (z.B. trizyklische Antidepressiva).
- Eine Strategie, die dazu eingesetzt werden kann, die kindliche Exposition auf der Grundlage von pharmakokinetischen Berichten zum Stillen zu verringern, ist die Verabreichung des Medikamentes unmittelbar nach dem Stillen.(III)

- Fachpersonal und Müttern stehen mehrere Quellen im Web oder in Fachbüchern zur Verfügung, um Kenntnisse und Hilfe zu diesen Fragen zu erhalten (Tabelle 2).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen für zukünftige Forschung

Trotz vieler Veröffentlichungen über Antidepressiva und Stillen, mangelt es der wissenschaftlichen Literatur weiterhin an belastbaren, groß angelegten Studien, die Ärzten und Müttern ermöglichen, sichere Entscheidungen über individuelle Medikamente zu treffen. Mehrere Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass trizyklische Antidepressiva und selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer relativ sicher sind und überall werden individuelle Risiko-Nutzen-Abwägungen empfohlen.(51)

Zu den zukünftigen Forschungen, die die klinische Praxis erleichtern würden, gehören:

- Randomisierte klinische Untersuchungen an stillenden Frauen für alle Klassen von Antidepressiva einschließlich ausreichender Kontrolle des Grads der Depression
- Bereitstellung von Medikamenten, Informationen über die kindlichen Serumkonzentrationen, die in der Muttermilch nachgewiesenen Mengen, mütterliche Serumspiegel und Zeitpunkt der Probennahme
- Informationen über den Konsum des Kindes über die Milch
- Informationen über das kindliche Verhalten
- Evaluierung des Einfluss des fortgesetzten Stillens auf die Linderung von Entzugssymptomen beim Kind bei den Müttern, die bereits pränatal behandelt wurden
- Untersuchung der Gründe, warum Mütter und Ärzte sich entscheiden, die Behandlung stillender Mütter hinauszuzögern und Nachverfolgung des Verhaltens dieser Kinder.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD

Tomoko Seo, MD, FABM

Rose St. Fleur, MD

Michal Young, MD

Korrespondenzadresse: abm@bfmed.org

Übersetzung: Denise Both, IBCLC, Füssen

Rückübersetzung: Barbara Bock, London

Originaltext und Quellenangaben unter:

http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Abm_Clinical_Protocol_18.pdf

Tabelle 1. Antidepressiva

Klasse	Präparat	Dosierung/d	Indikationen	Nebenwirkungen bei der Mutter	Auswirkungen auf das Kind	Kommentar
SSRIs	Citalopram(52–54) Escitalopram(55,56) Fluoxetine(56–64) Fluvoxamin(65–70) Paroxetin(67,71–73) Sertralin(67,74–78) ^a	10–60 mg 10–20 mg 10–80 mg 50–300 mg 10–60 mg 25–200 mg (üblicherweise eine Tagesdosis). Mit 25 mg über 5–7 Tage beginnen, dann auf 50 mg erhöhen.	Depressionen oder Angststörungen; kann bei Fibromyalgie, neuropathischen Schmerzen, prämenstruellen Symptomen und Störungen verordnet werden	Gastrointestinale Störungen, Kopfschmerzen, sexuelle Dysfunktion, Nervosität oder Sedierung	Alle SSRIs wurden in der Muttermilch nachgewiesen. Paroxetin(71,72) und Sertralin(74-78) haben die empfohlenen 10% des mütterlichen Spiegel nicht überschritten und sind normalerweise im kindlichen Serum nicht nachweisbar.(75) Fluoxetin(57-61) und Citalopram(52,53) haben den 10%igen mütterlichen Spiegel überschritten.(79) Zu den beim Säugling beobachteten Nebenwirkungen gehören schlechter Schlaf, Kolik, Reizbarkeit, Trinkschwäche und Benommenheit.(56,63,64,80–82) Die FDA weist darauf hin, dass Fluoxetin bei stillenden Müttern nicht angewandt werden soll.(64)	Sertralin ist der am wahrscheinlichsten verordnete SSRI, nur in geringer Menge bis gar nicht in der Milch nachweisbar und mit relativem Sicherheitsprofil in der Schwangerschaft. Für die Langzeitauswirkungen neurologisches Verhalten und Entwicklung nach Exposition auf jegliche SSRI während Schwangerschaft und Stillzeit gibt es eine beschränkte Evidenzbasis, aber neuere Studien sind relativ beruhigend.(56,63,80,81)
SNRIs	Venlafaxin(51,83) Duloxetin(84) Desvenlafaxin(82)	37,5–225 mg 20–120 mg 50–100 mg	Depression	Galactorrhoe	Venlafaxin und seine aktiven Metaboliten gehen in die Milch über und sein Metabolit kann im Plasma der meisten gestillten Kinder nachgewiesen werden. Es gibt jedoch keine belegten Nebenwirkungen im Zusammenhang mit dem Medikament. Auf Sedierung und angemessene Gewichtszunahme überwachen.	Vereinzelte Fallberichte zu diesem Medikament.(82-84) Eingeschränkte Zahl um Aussagen über signifikante Ergebnisse bei gestillten Kindern zu treffen.
Andere Antidepressiva (Norepinephrin/Dopamin/Serotonin-wiederaufnahmehemmer)	Bupropion(85–88) Mirtazapin(89)	150–450 mg 15–30 mg	Depression	Dosierungsabhängige Schläfrigkeit, Mundtrockenheit, erhöhter Appetit, Gewichtszunahme, Schwindel Eingeschränkte Daten zu Kindern; keine negative Nebenwirkungen bekannt	Sehr eingeschränkte Datenlage. Reicht von asymptomatisch mit nicht nachweisbaren kindlichen Serumspiegeln bis zu Bedenken wegen Reizbarkeit und Krampfanfällen.	Verwendung kein Grund zur Unterbrechung des Stillens. Allerdings sollte einem anderen Medikament der Vorzug gegeben werden.
TCAs/heterozyklisch	Amitriptylin, Amoxapin, Clomipramin, Desipramin, Doxepin, Maprotilin, Nortriptylin, Protriptylin, Trimipramin	Nortriptylin 30–50 mg/d, aufgeteilt auf 3–4 Dosen oder die Gesamtdosis kann auf einmal gegeben	Depression und Angststörungen, häufig in niedriger Dosierung zur Schlafförderung und bei chronischen Schmerzen	Niedriger Blutdruck, Sedierung, Mundtrockenheit, Harnverhalt, Gewichtszunahme, sexuelle Dysfunktion, Verstopfung. Bei Überdosierung kardiale Arrhythmien und Tod möglich.	Lediglich für Nortriptylin gibt es eine ausreichende Anzahl von Fallberichten, um eine Aussage zur Verwendung in der Stillzeit treffen zu können: es kann im Allgemeinen nicht im kindlichen Serum nachgewiesen werden; es wurden keine negativen Nebenwirkungen berichtet.(90-92). Vor dem Einsatz von Doxepin wird häufig gewarnt, da es einen Fallbericht über	Eine der älteren Klassen

		werden.			Hypotonie, Trinkschwäche, Erbrechen und Sedierung bei einem gestillten Säugling gibt, was nach Einstellung des Stillens aufhörte.(93)	
Pflanzliche Mittel/Naturheilmittel	Johanniskraut (Hypericum perforatum) enthält Hypericin und Hyperforin sowie Flavonide wie Quercetin.	300 mg	Depression	In einer Studie zeigte sich ein leicht erhöhtes Auftreten von Koliken, Benommenheit und Teilnahmslosigkeit bei gestillten Kindern, allerdings war bei keinem eine Therapie erforderlich(95)	Sowohl Hypericin als auch Hyperforin werden nur wenig in die Muttermilch ausgeschieden.	Wurde über viele Jahre zur Behandlung von milden bis moderaten Depressionen eingesetzt, vor allem in Europa. Einsatz zur Behandlung bei Depressionen in den USA wird kontrovers diskutiert.
		Omega-3-Fettsäuren	Depressionen während der Schwangerschaft und Postpartalperiode (94)	Scheint nur wenig risikoreich für Mütter und Kinder zu haben. Hauptnebenwirkung ist der „Fischgeruch“.		Aktuell mangelnde Evidenz um es zur Therapie von Depressionen in Betracht zu ziehen.
Anti-Psychotika	Quetiapin	Mit 25 mg beginnen, titrieren. Maximaldosis 600 mg	Bipolare Störungen	Sedierung	Sedierung	
Stimmungsstabilisierer	Lithium	Mit 300 mg beginnen, wie für Li-Spiegel titrieren. Maximaldosis 900–1,200 mg		Durchfall, Erbrechen	Erhöhtes TSH	Die Dosierung wird durch die Lithiumspiegel im mütterlichen Blut festgelegt, die regelmäßig überprüft werden müssen

^aBestes Sicherheitsprofil der selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs) in der Stillzeit

FDA, Food and Drug Administration; LI, lithium, SNRI, Serotonin–Norepinephrin Wiederaufnahmehemmer; TCA, trizyklische Antidepressiva; TSH, Thyroid-stimulierendes Hormon.

Tabelle 2. Informationsquellen zur psychischen Gesundheit von Frauen und Hilfen bei postpartaler Depression (englischsprachig)

Quelle	Beschreibung	URL
Webseiten		
International Marce´ Society for Perinatal Mental Health	Überwiegend multidisziplinäre Gruppe von Gesundheitsfachkräften mit Interesse an der Förderung, Umsetzung und Kommunikation zu Forschung in allen Bereichen der psychischen Gesundheit von Frauen, ihren Kindern und Partner rund um den Zeitpunkt der Geburt.	www.marcesociety.com
Maternal and Child Health Bureau, U.S. Health Resources and Services Administration	Handbuch mit dem Titel „Depression During and After Pregnancy: A Resource for Women, Their Families, and Friends“	www.mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/depression
National Suicide Prevention Lifeline, U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration	1-800-273-TALK (8255)	www.suicidepreventionlifeline.org
Postpartum Support International	Informationen über postpartale Depression für Fachpersonal, Mütter, Väter und Familien. Einschließlich Live-Chats und Hilfe für junge Eltern. Telefonische Hotline (nur an Arbeitstagen) 800-944-4PPD (4773)	www.postpartum.net
Postpartum Depression Online Support Group	Auf private Initiative gegründete Online-Unterstützungsgruppe, die Information, Unterstützung und Hilfe für Betroffene von postpartalen Stimmungstörungen und ihre Familien, Freunde und Ärzte und Berater anbietet.	www.ppdsupportpage.com
Mental Health America	Die gemeinnützige Mental Health America beschäftigt sich mit der psychischen Gesundheit von Vätern und Müttern.	www.mentalhealthamerica.net/conditions/postpartumdisorders
Beyond Blue	Eine nationale Initiative in Australien mit dem Ziel ein Bewusstsein für Angst und Depression zu schaffen und Ressourcen für Genesung, Management und Resilienz anzubieten.	www.beyondblue.org.au
Bücher		
	Bennett SS, Indman P. Beyond the Blues: Understanding and Treating Prenatal and Postpartum Depression & Anxiety. Moodswings, San Jose, CA, 2011. Cooper PJ, Murray L, eds. Postpartum Depression and Child Development. Guilford, New York, 1999. Kendall-Tackett KA. A Breastfeeding-Friendly Approach to Postpartum	

	<p>Depression. Praeclarus Press, Amarillo, TX, 2015.</p> <p>Kendall-Tackett KA. Depression in New Mothers, 2nd ed. Routledge, London, 2010.</p> <p>Kleiman K. Therapy and the Postpartum Woman: Notes on Healing Postpartum Depression for Clinicians and the Women Who Seek Their Help. Routledge, Abingdon, United Kingdom, 2008.</p> <p>Kleiman KR. The Postpartum Husband: Practical Solutions for Living with Postpartum Depression. Xlibris, Bloomington, IN, 2001.</p> <p>Shields B. Down Came the Rain: My Journey Through Postpartum Depression. Hyperion, New York, 2006.</p> <p>Wiegartz PS, Gyoerkoe KL, Miller LJ. The Pregnancy and Postpartum Anxiety Workbook: Practical Skills to Help You Overcome Anxiety, Worry, Panic Attacks, Obsessions, and Compulsions. New Harbinger Publications, Oakland, CA, 2009.</p>
--	---