



Psykiatri Sydväst

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Rutiner vid Affektiva mottagningen

Graviditet och affektiv sjukdom

Dokumentnamn:
Graviditet och affektiv sjukdom

Dokumenttyp:
Rutindokument vid Affektiva
mottagningen, Psykiatri Sydväst

Sid: 1 av 32

Beslutat av:

Mats Adler

Upprättat av:
Mats Adler, Birgitta Lindberg

Upprättat datum: 130806
Gäller till datum: tillsvidare
Uppdaterat datum: 140105

Innehåll

Innehåll	2
Bakgrund.....	3
Risker med affektiv sjukdom under graviditet och nyföddhetsperiod.	3
Risker med farmakologisk behandling och ECT under graviditet och amning.....	3
SSRI	4
SNRI och mirtazapin	4
Tricykliska antidepressiva (TCA)	5
Litium	5
Antiepileptika	5
Neuroleptika	6
Bensodiazepiner och hypnotika	6
ECT under graviditet	6
Riktlinjer för rådgivning.....	6
Före planerad graviditet	7
Inför graviditet och postpartumperioden.....	7
Handläggning under graviditet	9
Samordning med MVC och BB	9
Dosering och monitorering.....	9
Ultraljud under graviditet	9
Insättande av litium profylaktiskt.....	10
Handläggning i samband med förlossning.....	10
Litiumbehandling under förlossningen	10
Omvårdnad på BB	10
Handläggning efter förlossningen.....	11
Litium och andra mediciner efter förlossningen	11
Lindriga till måttliga depressioner under graviditet	11
Handläggning av allvarliga psykiska sjukdomstillstånd post-partum.....	12
Handläggning vid Affektiva mottagningen Psykiatri Sydväst.....	13
Stödkontakt med sjuksköterska under graviditeten.....	14
Remiss till specialmödravården	14
Brev till MVC (inkl. instruktion för ultraljud med fetal EKO-kardiografi).....	14
Remiss barnkliniken angående amning.....	15
Brev till förlossningen och BB	15
Om en förstagångsföderska inte är gift	15
Litium och andra farmaka i samband med graviditet.....	16
Monitorering och dosering av litium och andra farmaka under graviditet	16
Litiumterapi under partus	16
Litiumbehandling och monitorering efter förlossningen	17
Litium och amning	17
Bilaga 1. Patientinformation	18
Bilaga 2. Checklista för läkares handläggning av gravida.....	22
Bilaga 3. Checklista för stödkontakt under graviditet.....	23
Bilaga 4. Förlaga till brev till förlossningen.....	24
Bilaga 4. Brevmall för ogifta förstagångsföderskor	25
Referenser:	26

Bakgrund

Depressioner förekommer hos cirka 10-15 % av gravida.¹ Depression under postpartumperioden drabbar omkring 10 % av alla nyblivna mödrar och postpartumpsykosor uppkommer efter 1-2 av 1000 förlossningar.^{1, 2} Affektiv sjukdom under graviditet och postpartum kan ha betydande hälsokonsekvenser för såväl kvinnan som fostret/barnet. Samtidigt kan farmakologisk behandling innebära risker för det växande fostret och det nyfödda eller ammande barnet. Således måste riskerna av den affektiva sjukdomen vägas mot riskerna av behandlingen.^{3, 4}

Risker med affektiv sjukdom under graviditet och nyföddhetsperiod.

Depression under graviditet har associerats med dålig fosterutveckling med risk för låg födelsevikt, för tidig födelse, minskat huvudomfång hos barnet och komplikationer efter förlossningen. Mammor som är deprimerade har dålig kapacitet att ta hand om sina barn, vilket kan skada den tidiga anknytningen mellan mor och barn, liksom barnets övriga utveckling.^{5, 6} Den deprimerade mammans tillstånd leder till ökad risk för missbruk, dåligt näringsintag, familjeproblem och som yttersta konsekvens självmord. I England, där sådan statistik finns, är självmord en ledande orsak till dödsfall hos nyblivna mödrar.^{7, 8} Depression hos mamman är en av de vanligaste orsakerna till uppfödningssvårigheter, dålig blickkontakt och dålig utveckling hos spädbarn när man inte hittar någon sjukdom hos barnet. Manier under graviditet innebär svåra risker för mamma och foster och postpartumpsykosor är förenade med hög risk för suicid och även för infanticid.^{7, 9}

Risker med farmakologisk behandling och ECT under graviditet och amning

Farmaka givet under graviditeten kan medföra olika risker. Risken för missbildningar gäller främst vid exponering under den första trimestern och kan mätas genom att undersöka om graviditeter som exponerats för farmaka har högre frekvens av spontanaborter eller missbildningar än oexponerade, som uppvisar en basal frekvens av missbildningar på omkring 4 %. Risken för hjärtmissbildningar är knappt 1%, om man även räknar in lindriga missbildningar.¹⁰ En annan risk är att farmaka skulle

kunna orsaka försenad utveckling av CNS, en risk som kvarstår under hela graviditeten. En tredje risk är att farmaka kan ge komplikationer under neonatalperioden.

SSRI

Data både från det svenska födelseregistret och metaanalyser och av kontrollerade studier tyder på att sertralin, fluoxetin och citalopram inte ger ökad missbildningsfrekvens.¹¹⁻¹⁴ Data publicerade under 2006 antydde att paroxetin kan ge en ökad risk för hjärtnmissbildningar.¹⁵⁻¹⁷ Emellertid har inte nya, större studier kunnat bekräfta detta.¹⁸ SSRI-exposition under sista trimestern ökar risken för neonatala komplikationer, såsom hypotoni, uppfödningssvårigheter och även kramper.¹³ Denna risk förefaller större för paroxetin än för de andra SSRI som tas upp ovan.¹⁹ Vanligen är dessa komplikationer övergående men vissa data tyder på att SSRI givet efter 20 graviditetsveckan kan öka risken för den neonatala komplikationen Persisterande Pulmonell Hypertension (PPHT).^{20, 21} Risken för PPHT är dock låg och den är också ökad hos patienter utan medicinering varför kopplingen mellan SSRI och PPHT är osäker.²² Mängden SSRI som går ut i bröstmjolk är liten och anses kompatibel med amning.²³ De data som finns om långtidseffekter av SSRI och andra antidepressiva givna under graviditet är fåtaliga. Inga studier har visat på sämre IQ utveckling eller psykiska symtom hos barnen, men en studie antydde sämre motorisk utveckling hos barn som exponerats för SSRI in utero.²⁴⁻²⁶

SNRI och mirtazapin

Erfarenheterna av venlafaxin till gravida och ammande är betydligt färre än för SSRI. Data hittills tyder ej på att venlafaxin och mirtazapin ger upphov till ökad missbildningsrisk.²⁷⁻²⁹ Risk för neonatala utsättningssymtom föreligger dock. Venlafaxin har ansetts kompatibelt med amning, men barnet bör kontrolleras av barnläkare.³⁰ De erfarenheter som finns tyder på att även mirtazapin innebär låg risk under graviditet.²⁸ Mängden mirtazapin som går ut i bröstmjolk är liten och risken för barnet låg.³¹

Tricykliska antidepressiva (TCA)

TCA har använts under lång tid till gravida och ansetts ge låg risk för missbildningar.^{32, 33} Data från det svenska födelseregistret har dock antytt att klomipramin kan medföra en ökad risk för hjärtmissbildningar hos fostret, som regel av mild typ.¹⁷ TCA med noradrenerg profil, såsom nortriptylin och desipramin, har ansetts som lämpliga medel för att de eventuellt skulle ha mindre risk för neonatala biverkningar än TCA med serotoninerg påverkan.^{33, 34} TCA som nortriptylin, klomipramin och desipramin har inte ansetts kontraindicerade vid amning.³⁵

Litium

De flesta data tyder på att litiumexponering under första trimestern ökar risken för hjärtmissbildningar. Riskökningen har varierat mellan att inte vara ökad och att öka cirka 7 ggr och den statistiska osäkerheten är stor.³⁶⁻³⁹ I en studie från det svenska födelseregistret där 79 gravida exponerats för litium under den första trimestern var risken för hjärtmissbildningar 5,1% (CI 1,4-12,5%), men de flesta missbildningar var av relativt mild art.⁴⁰ I en översiktsartikel sammanfattas litiums missbildningspotential som ”svag”.⁴¹ Detta gör att litium ofta rekommenderas till gravida som har hög risk för återfall i bipolär sjukdom.⁴² Litium går över i bröstmjolk i relativt hög grad vilket gör att man som regel avråder från amning, utom i utvalda fall efter samråd mellan barnläkare och psykiater.⁴³

Antiepileptika

Valproat, lamotrigin och karbamazepin har indikationen bipolär sjukdom. Valproat ger en relativt stor ökning av missbildningsrisken till cirka 9 % och befaras även kunna ge försenad CNS-utveckling även senare i graviditeten, efter första trimestern.^{44, 45} Även om risken är lägre för karbamazepin^{46, 47} så tyder data på att även detta medel i högre doser kan ge ökad risk för neuralrörsdefekter hos fostret⁴⁸, men i lägre doser (≤ 400 mg/dygn) tycks medlet ge låg sådan risk.⁴⁹ Läkemedelsverket varnade i juni 2006 för att data från en studie i Nordamerika tydde på att lamotrigin givet under den första trimestern kunde öka risken för läppgomspalt.⁵⁰ Denna risk hade dock inte påvisats i andra undersökningar.⁴⁹ Lamotrigin i doser upp till 200 mg har inte visats ge ökad total missbildningsrisk och

totalt sett har medlet bedömts medföra en låg risk för missbildningar.^{51, 52} S-koncentrationen av lamotrigin sjunker i hög grad under graviditeten. S-koncentrationsbestämning bör göras under graviditeten och dosen måste ofta ökas. Efter partus sjunker koncentrationen inom någon vecka. Av dessa tre farmaka går valproat och karbamazepin över i bröstmjolk i relativt liten grad, medan lamotrigin kan ge upphov till serumkoncentrationer hos barnet på upp till 25% av mammans.⁵³ Inget av dem räknas som kontraindicerat under amning, men kräver särskild uppmärksamhet och samarbete med barnläkare.

Neuroleptika

Det finns bara begränsad mängd data för neuroleptika under graviditet. I det svenska födelseregistret noterades en liten ökning av antalet missbildningar vid exposition av dessa medel in utero, men risken var tämligen låg och kunde också ha orsakats av andra faktorer.⁴⁰ Andra data tyder inte på en ökad missbildningsfrekvens av haloperidol eller perfenazin. De data som finns ger inte heller hållpunkt för ökad missbildningsfrekvens av olanzapin, quetiapin och risperidon.⁵⁴⁻⁵⁸ Studier tyder på att lågdosneuroleptika kan påverka fostertillväxt och ge övergående extrapyramidala biverkningar efter förlossningen, men i en långtidsuppföljning återfanns ej påverkan på exponerade barns motorik.⁵⁹ Vid amning anses olanzapin och quetiapin innebära låg risk, medan haloperidol, risperidon och zuclopenthixol ansågs som möjliga vid amning, förutsatt att barnet övervakas av barnläkare.⁶⁰

Bensodiazepiner och hypnotika

Vid regelbunden användning finns risk för neonatal abstinens hos det nyfödda barnet. Givet under slutet av graviditeten har andningspåverkan, hypotoni och uppfödningssvårigheter rapporterats.³⁷ Om bensodiazepiner används bör det vara tillfälligt och kortverkande preparat väljas, till exempel oxazepam. För tillfälliga sömnstörningar på under graviditet och under amning kan zolpidem vara lämpligt.²³

ECT under graviditet

ECT under graviditet har tidigare ansetts medföra en relativt låg komplikationsrisk, men nya utvärderingar har satt detta i fråga och påvisat högre risker.^{37,61} ECT kan

dock vara indicerat vid allvarlig symtombild när andra alternativ varit verkningslösa eller symtombilden är mycket allvarlig, t.ex. vid mycket svår depression, katatoni, extrem suicidrisk, psykotisk agitation, svår malnutrition eller andra livshotande tillstånd. ECT ska göras i samverkan mellan psykiatri, anestesi, kvinnoklinik och barnklinik och det ska finnas akutberedskap inklusive förlossningsberedskap. Under den senare delen av graviditeten finns det ökad risk för aspiration vid narkos, varför intubation bör ske.

Riktlinjer för rådgivning

Före planerad graviditet

Kvinnor i fertil ålder med affektiv sjukdom bör få information om konsekvenserna av sin sjukdom och behandling för graviditet, barnafödande och omhändertagande av barn. Informationen bör ges redan tidigt efter diagnos och helst i god tid före planerad graviditet. Kvinnan ska informeras om risker för återinsjuknande under graviditet och post-partum och de konsekvenser ett insjuknande kan ha för henne, fostret och det nyfödda barnet. Hon ska också informeras om fördelar och risker med den medicinering som hon har. I många fall kan en sådan information göra att handläggningen i samband med en graviditet blir relativt okomplicerad. Till stöd för denna information har Affektiva mottagningen skrivit en patientinformation (bilaga 1).

Inför graviditet och postpartumperioden

Rådgivning inför och handläggning av psykisk sjukdom under graviditet bör som regel skötas av psykiatrisk specialist i samråd med kvinnoklinik och barnläkare, men det är viktigt att alla läkare och annan sjukvårdspersonal har kunskaper om detta så att kvinnor som är eller planerar bli gravida inte möts av motsägande budskap från olika delar av sjukvården.

En utgångspunkt för rådgivning är att ompröva all medicinering vid planerad eller konstaterad graviditet eftersom ingen medicin kan betraktas som helt riskfri. En annan utgångspunkt är dock att okontrollerad bipolär sjukdom under graviditet och nyföddhetsperiod ofta innebär större risker än medicinering. Det innebär att

utsättning av farmaka inte alltid är det säkraste alternativet. Utsättning av litium hos gravida med bipolär sjukdom ledde till återfall under graviditeten hos 52% av fallen i en modern studie.⁶² Postpartum är risken för återfall ännu högre för kvinnor med affektiv sjukdom. Mellan 50 och 80% av kvinnor med bipolär sjukdom insjuknar någon form av affektiv episod inom 6 månader postpartum och mellan 10 och 20% utvecklar allvarlig mani eller postpartumpsykos, om inte förebyggande behandling ges.^{42, 62} En särskild riskgrupp är kvinnor med tidigare postpartumpsykos, där studier tyder på att upp till 60% får återfall vid en kommande förlossning.^{2, 63} Risken för att en kvinna som fått en postpartumpsykos att utveckla icke-graviditetsrelaterade affektiva episoder är också stor.⁶³

Allmänna riktlinjer för rådgivningen:

- **Lågriskpatient.** För patient med bipolär sjukdom som varit stabil under lång tid och som inte tidigare uppvisat snabba eller allvarliga återinsjuknanden vid utsättning av farmaka rekommenderas vanligen att man gör ett försök att utsätta litium eller andra psykofarmaka innan graviditet planeras. Utsättningen ska ske långsamt och under noggrann klinisk övervakning. Eventuell utsättning av litium bör ske gradvis under som kortast en månad, helst längre, annars ökar risken för snabba återfall markant.⁶⁴ Om patienten visar tecken till återfall bör vanligen farmaka återinsättas. Valproat ska om möjligt ersättas med något annat farmaka.
- **Mellanriskpatient.** Överväg utsättande av farmaka före graviditet och återinsättande efter första trimestern. Om antidepressiva måste återinsättas i slutet av graviditeten kan tricykliska läkemedel med noradrenerg profil vara ett alternativ som troligen ger lägre risk för postnatala komplikationer.²⁰ Ett sådant preparat är nortriptylin som kan övervägas som alternativ till SSRI.⁶⁵
- **Högriskpatient.** Patient med instabil affektiv sjukdom, anamnes på svåra affektiva skov, snabba återinsjuknande vid tidigare utsättningsförsök eller tidigare postpartuminsjuknande rekommenderas som regel att fortsätta med litium eller andra farmaka som visat sig effektiva, såsom

nortriptylin, lamotrigin, olanzapin, venlafaxin, mirtazapin och haloperidol kan övervägas. Om möjligt försöker man undvika valproat och karbamazepin i doser över 400 mg. Om patienten inte har medicinering rekommenderas att sådan insätts.

Handläggning under graviditet

Samordning med MVC och BB

Vissa kliniker har särskilda rutiner för samordningen mellan psykiatri och förlossningsvård. Oavsett organisationsform måste det ske samordning mellan psykiatri och kvinnoklinik inför förlossningen innefattande beslut om medicinering under graviditet, förlossning och tiden därefter. Frågan om kvinnan ska amma och eventuell medicinering under amning ska vara klarlagd i god tid före förlossningen. Telefonkontakt mellan ansvarig psykiater och läkare på kvinnokliniken är att rekommendera. Ett skriftligt behandlingsprogram bör upprättas och skickas både till MVC och till förlossningsavdelningen. Om kvinnan skulle motsätta sig att kontakt tas mellan mödravård och psykiatri är det viktigt att veta att sekretesslagen inte hindrar utlämnande av uppgifter om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.⁶⁶

Dosering och monitorering

Oavsett beslut om medicinering måste den gravida kvinnan följas noggrant under hela graviditeten. Om kvinnan är utan medicinering måste det kliniska tillståndet följas och vid behov insätts nödvändiga farmaka. Om kvinnan har farmaka måste denna behandling monitoreras noga. Risken för negativa effekter på fostret är dosberoende, och dosering bör därför hållas på lägsta effektiva nivå.

Läkemedelskoncentrationer sjunker vanligen under slutet av graviditeten och dosering måste ofta justeras uppåt. Det är av stor fördel om s-koncentrationer av aktuella läkemedel tas i början av graviditeten och sedan tas om vid behov. Litium bör monitoreras cirka en gång per månad under graviditeten.

Ultraljud under graviditet

Om fostret exponerats för litium eller anti epileptika under den första trimestern bör

ett ultraljud och fetal ekokardiografi göras i vecka 18-20. Som regel ombesörjes detta av MVC eller specialmödravården.

Insättande av litium profylaktiskt

Litium är det enda preparat som har evidens för att förebygga postpartumpsykos och mani.⁶⁷ En gravid kvinna med bipolär sjukdom typ I eller tidigare postpartumpsykos, som inte redan är insatt på litium, bör rekommenderas att sätta in litium efter den första trimestern eller, om detta inte går, inom 48 timmar postpartum (helst inom 24 tim).^{67, 68} Hos kvinnor med bipolär typ II eller bipolärt spektrum måste behovet av profylax vägas mot risken för barnet vid amning. Om litium inte är lämpligt kan karbamazepin eller olanzapin vara alternativa preparat, även om dokumentationen för dessa är mycket svagare än för litium för denna indikation.⁶⁹ Litiumbehandling under graviditet och förlossning kräver speciella rutiner (se nedan).

Handläggning i samband med förlossning.

Eftersom postpartumperioden är en högriskperiod för insjuknande i depression, mani eller postpartumpsykos måste kvinnor med psykisk sjukdom få optimal handläggning i samband med partus för att minska denna risk.

Litiumbehandling under förlossningen

Det finns exempel på litiumbiverkningar hos moder och barn i samband med partus. Detta beror som regel på uttorkning av i samband med förlossningen och/eller alltför höga litiumkoncentrationer hos mamman. Därför ska litiumbehandlingen tillfälligt upphöra från det att förlossningsvärkar börjar för att återinsättas snarast efter, men dosen justeras då till den dos kvinnan hade innan graviditeten. Under förlossningen är det viktigt med hydrering, så att inte den förlösande kvinnan blir uttorkad. Oftast kan hydrering ske per oralt, men ibland behövs dropp.

Omvårdnad på BB

Kvinnor med affektiv sjukdom bör få eget rum för att ges optimala förhållanden för sömn och omhändertagande. Tillfälliga doser av oxazepam eller zolpidem kan ges för att trygga sömnen postpartum. Nyförlösta mammor med bipolär sjukdom ska inte gå

på tidig hemgång utan kvarstanna 3-7 dagar på BB efter förlossning. Om mamman medicinerat skall barnet undersökas dagligen av barnläkare på BB som också tar ställning till extra uppföljning av barnet efter utskrivning. En nybliven mamma med psykisk sjukdom ska träffa psykiater innan hemgång med planering för uppföljning.

Handläggning efter förlossningen

Tiden efter förlossningen är en högriskperiod för återinsjuknande i affektiv sjukdom som kräver särskild uppmärksamhet och handläggning.

Litium och andra mediciner efter förlossningen

Litium återinsätts efter förlossningen, men i den dos som var adekvat innan patienten blev gravid. S-litium bör tas på BB, innan hemgång från BB och veckan efter hemgång. Andra mediciner fortsätter eller återinsätts som planerat.

Lindriga till måttliga depressioner under graviditet

Mellan 50 och 85% av nyblivna mödrar upplever en kortare period av nedstämdhet, affektiv labilitet och psykologisk känslighet efter förlossningen, så kallad "blues". Den är vanligast dag 3-5 och varar från timmar till dagar. Sådan nedstämdhet kräver endast stöd och god omvårdnad, men ska gå över på högst en vecka, annars bör depressionsutveckling misstänkas.⁶⁸

Symtomen på depression under graviditet och postpartum skiljer sig inte från depressioner vid andra tillfällen under livet, men färgas ofta av det kommande eller nyblivna föräldraskapet med tankar om otillräcklighet eller känslolöshet inför barnet. I svåra fall får kvinnan självmordstankar, vanföreställningar eller svår funktionssvikt. I fall med lindrig-måttlig symtomatologi (klaras vardagen, inga suicidtankar eller vanföreställningar) är det tillrådligt med att inleda behandlingen med stödsamtal eller kognitivt inriktade samtal.^{68, 70} Det finns dock en farlig benägenhet att avvakta för länge eller att vården försöker "normalisera" depressioner under denna period av livet. Om man avvaktar måste man ha tät uppföljning och om inte depressionen förbättras bör man ge farmakologisk behandling. Lämpliga läkemedel är de samma som vid andra bipolära depressioner. Till hjälp för bedömning av depressionsdjup och förlopp kan man använda speciella depressionsskalor för nyblivna mödrar som

Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS).^{71, 72} Även vanliga depressionsskalor som används för icke-gravida som MADRS och självskattningsvarianten av samma skala MADRS-S är användbara.^{73, 74} Självskattningsskalan ”depressionsenkät (PHQ 9)” ger utöver mätning av depressionsdjup också stöd för diagnosättning och rekommendationer för behandlingsval (kan hämtas från www.sll.se/affektivamottagningen).^{75, 76}

Handläggning av allvarliga psykiska sjukdomstillstånd post-partum

Mani, psykosutveckling och svår depression under graviditet är allvarliga tillstånd som kan hota fostrets och mammans hälsa och liv. Det är därför viktigt med snabb intervention med insättning av nödvändiga farmaka eller ECT-behandling.

Riskgrupper för detta är patienter med bipolär sjukdom och patienter med tidigare postpartumpsykos. Postpartum är risken att utveckla psykos och mani störst dag 2-14 efter förlossningen, men risken kvarstår åtminstone de första 6 månaderna.

Postpartumpsykos kan förenklat sägas vara av tre typer:

- **Cykloid typ.** Den mest klassiska formen av postpartumpsykos liknar den psykosform som i skandinavisk tradition kallas ”cykloid psykos”, det vill säga en psykos med snabb debut och ett mycket snabbt växlande förlopp. Ena stunden kan kvinnan ha dramatiska symtom för att nästa stund verka helt frisk. Symtombilden innefattar ofta stark förvirring, perplexitet, ångest växlande med lyckokänslor samt olika vanföreställningar, ibland av religiös eller mystisk art. Suicidrisken är stor och i vissa fall sker utvidgade självmord.
- **Manisk typ.** Detta innebär stark uppvarvning med överaktivitet, euforiskt eller irriterat stämningsläge, förhöjd självkänsla, svårigheter att vara stilla, minskat sömnbehov och omdömeslöshet. Vanföreställningar och aggressivitet kan tillstöta.
- **Depressiv typ.** Med detta menas en djup depression med stark nedstämdhet, skuldkänslor, värdelöshetskänslor, energibrist, koncentrationssvårigheter och självmordstankar. Inte sällan får kvinnan vanföreställningar och hallucinationer, som ofta har teman om att barnet är

skadat eller vanskapt. Stor suicidrisk och även risk för infanticid.

Vid misstanke om psykos, mani eller svår depression postpartum ska man på BB omedelbart insätta extravak och kalla på akut psykiaterbedömning. Affektiva symtom postpartum är ofta snabbt växlande och fluktuerande. Därför får inte uppgifter från BB om att allvarliga symtom föreläggat negligeras om patienten verkar bättre vid den psykiatriska bedömningen. Behåll i sådana fall extravak och bedöm snart igen. Låt aldrig anhöriga överta extravakfunktionen. Behov av vård enligt LPT och extravak föreligger ofta. Av säkerhetsskäl bör patienten som regel överföras till en psykiatrisk vårdavdelning. Endast i fall med lindrig symtomatologi kan vården fortsätta med extravak på BB. Vid misstanke om postpartumpsykos, mani och svår/psykotisk depression ska behandling insättas snabbt. ECT är ofta förstahandsbehandling. Farmaka bör vanligen insättas i avvaktan på ECT. Kombinationen av neuroleptika och stämningsstabiliserare rekommenderas. Lämpliga medel i akutskedet är olanzapin, valproat och haloperidol. Vid bipolär depression kan quetiapin eller kombinationerna av litium+lamotrigin eller stämningsstabiliserare+antidepressiva (t.ex. SSRI eller nortriptylin) användas. Vid svår depression med allvarlig suicidalitet eller katatoni är ECT förstahandsbehandling. Som alltid ska kvinnans behov av läkemedelsterapi vägas mot eventuell risk för foster eller vid amning.

Handläggning vid Affektiva mottagningen Psykiatri Sydväst

Läkaren har det övergripande ansvaret för patientens vård under graviditeten (checklista för läkarens arbete, se bilaga 2). Läkaren ska ha regelbunden kontakt med patienten under graviditeten för att följa tillståndet. Se till att patienten har adekvat medicinering och monitorering samt att adekvata remisser och brev skickas till specialmödravården, MVC, BB och i vissa fall till barnkliniken. Alla gravida ska också erbjudas en Patientansvarig Sjuksköterska (PAS) som ska ha regelbunden kontakt med patienten under graviditeten och tiden efter förlossningen. Den gravida patienten bör erbjudas kontakt med PAS minst en gång per månad (då också eventuella litiumkontroller kan ske), vid behov tätare. I detta arbete kan PAS använda den checklista som utarbetats (bilaga 3)

Stödkontakt med sjuksköterska under graviditeten

Många patienter är i behov av extra stöd i samband med att de är eller försöker bli gravida. Minskad medicinering, fysiska besvär, oro för återinsjuknande eller andra problem kan öka kvinnans sårbarhet. Det viktigt att tidigt inventera den sociala situationen och kvinnans partner bör inbjudas att följa med till besök hos sjuksköterska. Om kvinnan är ensamstående eller om hennes partner inte kan ge tillräckligt stöd, kan kurator eller socialtjänst behöva kopplas in. En viktig fråga är om kvinnan ska amma eller inte. De medicinska aspekterna av frågan diskuteras med läkare men valet är ofta mycket laddat och många kvinnor upplever en stor sorg då de inte kan amma på grund av medicinering eller andra skäl. Den känslomässiga sidan av saken måste ges utrymme i stödsamtalen. Med tanke på den ökade risken för återinsjuknande är det bra att repetera tidiga tecken. Kvinnan kan behöva hjälp att hitta nya strategier för att förhindra återinsjuknanden i den förändrade livssituation det innebär att bli förälder. Partnern måste vara införstådd med vikten av tillräcklig sömn behovet av att hjälpas åt exempelvis med matning av barnet nattetid.

Remiss till specialmödravården

Alla patienter ska remitteras till specialmödravården på Huddinge (eller motsvarande om de ska föda vid annat sjukhus). Denna remiss kan utfärdas redan i början av graviditeten, men specialmödravården kallar patienten till ett besök först i graviditetsvecka 32 för planering inför förlossningen. Finns särskilda skäl (t.ex. förlossningsrädsla) kan patienten kallas dit tidigare. Ange då detta behov i remissen.

Brev till MVC (inkl. instruktion för ultraljud med fetal EKO-kardiografi)

Fram till besöket på specialmödravården i vecka 32 sköts patienten på vanliga MVC. Skriv ett brev eller en remiss till MVC och meddela patientens diagnos, behandling och vår uppföljning. MVC har ansvaret för att beställa det speciella ultraljud inklusive hjärt-EKO på foster som exponerats för litium och antiepileptika under första trimestern. Det ska ske i anslutning till det vanliga ultraljudet vecka 18-20. Påminn om det i brevet.

Remiss barnkliniken angående amning

Om patient där vi ordinerat fortsatt farmakabehandling postpartum väljer att amma krävs samordning med barnkliniken. Det gäller särskilt om någon mamma skulle välja att amma under litiumbehandling. Då kan barnläkaren förbereda sina kollegor på de speciella bedömningar och eventuella blodprover på barnet som behövs under amningen. Skicka en remiss eller ett brev till Dr Lars Naver på neonatalavdelningen (obs skicka på papper då de normalt inte får remisser).

Brev till förlossningen och BB

I god tid före förlossningen, 1-2 månader innan beräknad partus, ska vi skriva ett brev (se bilaga 4) till förlossningsavdelningen (med kopior till BB, specialmödravården och patienten) där vi anger:

1. diagnos
2. pågående farmakabehandling och hur den ska hanteras före, under och efter förlossningen.
3. vad som är beslutat angående amning.
4. att patienten inte ska gå på tidig hemgång och om möjligt få enkelrum.
5. att patienten ska bedömas av psykiater (helst från oss) innan hemgång.
6. vilka blodprover som bör tas.

Om en förstagångsföderska inte är gift

Om en förstföderska inte är gift med barnafadern kommer faderskapet inte vara fastställt under BB-tiden. Skulle patienten då insjukna och inte kan ta hand om det nyfödda barnet har inte BB-personalen rätt att överlämna vårdnaden av barnet till barnafadern utan sociala myndigheter måste göra en utredning och tillfälligt ta över vårdnaden. Om ni i förväg talar med patienten, när hon är i stabilt psykiskt skede, och kan förvissa er om att hon önskar att barnafadern tar över vårdnaden i händelse av att hon skulle bli sjuk kan problemet lösas på ett smidigare sätt i händelse av insjuknande. Det gör ni genom att skriva ett intyg där ni anger att patienten när hon varit frisk uttalat sin vilja att i händelse av sjukdom låta barnafadern ta hand om barnet (se bilaga 5). Denna kan sparas i journalen och i den händelse att patienten insjuknar lämnas till sociala myndigheter som underlag för ett beslut om tillfällig

placering av barnet hos barnafadern. Vid det andra barnet för ett ogift par gäller inte detta utan pappan får då automatiskt vårdnaden om det nyfödda barnet.

Litium och andra farmaka i samband med graviditet

Oavsett beslut om medicinering måste den gravida kvinnan följas noggrant under hela graviditeten. Om kvinnan är utan medicinering måste det kliniska tillståndet följas. Litium är ofta förstahandsval vid behov av bipolärbehandling under graviditeten. Litium är det enda preparat som har evidens för att förebygga postpartumpsykos och mani. Kvinnor med bipolär sjukdom typ I eller tidigare postpartumpsykos som inte redan är insatta på litium bör rekommenderas att sätta in litium profylaktiskt, antingen under hela graviditeten eller efter första trimestern (om detta ej är genomförbart kan litium insättas snabbt efter förlossningen se nedan).

Monitorering och dosering av litium och andra farmaka under graviditet

Risken för fosterskador är dosberoende, så man bör eftersträva lägsta effektiva s-koncentration av litium och lägsta effektiva dos av andra farmaka. Koncentrationen av litium och andra farmaka sjunker vanligen under slutet av graviditeten och dosering måste oftast justeras uppåt. Vid litiumbehandling föreslås monitorering av s-li vid konstaterad graviditet och sedan varje månad, samt TSH, P-kreatinin och S-Ca vid några tillfällen under graviditeten. För andra farmaka föreslås en s-koncentration i början av graviditeten. Om patienten blir instabil kan man vid behov ta om serumkoncentrationen för jämförelse och eventuellt höja dosen av läkemedlet.

Litiumterapi under partus

Litiumbehandlingen ska tillfälligt upphöra från det att förlossningsvärkar börjar. Kvinnor som medicinerar med litium bör också ta prov på s-litium vid inkomsten till BB. Man måste vara uppmärksam hydreringen av kvinnan vid förlossningen. Hydreringen kan i okomplicerade fall ske oralt, men man bör vid osäkerhet om uttorkning föreligger överväga intravenös hydrering. Det är bra om navelsträngsprov kan tas från barnet vid förlossningen med analys av litiumhalt. S-litium på mamman tas innan utskrivningen från BB.

Litiumbehandling och monitorering efter förlossningen

I samband med förlossningen återgår kvinnans kroppsvattenvolym till det normala. Litium återinsätts så snart det går efter förlossningen, men dosen av litium ska då justeras till den dos som var adekvat innan graviditeten.

Om profylax mot postpartumpsykos ej är insatt under senare delen av graviditeten (se ovan) kan man insätta litium inom 48 timmar efter förlossningen (helst inom 24 tim.). S-litium tas efter 5-7 dagar. Om litium inte är lämpligt kan valproat eller olanzapin vara alternativa preparat, även om det saknas systematisk dokumentation för dessa preparat.

Litium och amning

Litium har traditionellt ansetts inkompatibelt med amning men det absoluta litiumförbudet har allt mer luckrats upp. Det amerikanska barnläkarförbundet rekommenderar att amning ska ske med "försiktighet" vid litiumbehandling. Fall av komplikationer av litium har främst rapporterats vid litiumöverdosering av modern eller vid intorkning av det ammande barnet, till exempel vid gastroenterit. Som regel avråds dock från amning vid litiumbehandling, men det kan finnas fall då man tvingas välja mellan att tillåta amning eller att kvinnan utsätter en väl fungerande litiumbehandling. I dessa fall kan det vara mest tillrådligt att tillåta amning. Detta kräver dock samarbete mellan barnläkare och psykiater, med monitorering av såväl mamma som barn. Mamman bör alltid ha träffat barnläkare i god tid före förlossningen om detta alternativ övervägs. Om barnet föds prematurt avråds bestämt från amning mamman är litiumbehandlad. Vid litiumbehandling under amning rekommenderas S-li, P-kreatinin, S-urea och TSH 6 veckor efter partus. Upprepa provtagning var 4-6 vecka utifrån klinisk bild i samråd med barnläkare. Vid risk för intorkning hos barnet (gastroenterit, feber) bör amningsfrekvensen minska eller upphöra tills barnet är bättre.

Bilaga 1. Patientinformation

Att skaffa barn när man har Bipolär sjukdom

Att skaffa egna barn kan vara en dröm och en stor glädje i livet. Men om man har en bipolär sjukdom eller annan psykiatrisk diagnos kan man oroa sig för hur den ska påverka möjligheten att bli förälder.

Detta informationsmaterial ger svar på några av de vanligaste frågorna kring graviditet och bipolär sjukdom. Men det kan bara ge allmänna synpunkter. Du ska alltid också ta upp de frågor du har med din läkare, som kan ge ytterligare information utifrån din speciella situation.

Är bipolär sjukdom ett hinder för graviditet?

I allmänhet utgör bipolär sjukdom är inget hinder för att bli gravid. Det finns dock en del saker man behöver tänka på för att graviditet och förlossning ska gå så komplikationsfritt som möjligt. En grundläggande regel när man lider av en psykisk sjukdom är att man bör planera sin graviditet. Använd därför preventivmedel för att undvika oplanerad graviditet.

Om du och din partner funderar på att skaffa barn, boka tid med din läkare och diskutera noggrant igenom hur du fungerar psykiskt, om du är nöjd med medicineringen, för- och nackdelar med olika läkemedel under graviditet etc. Ibland bestämmer man att helt sätta ut medicinerna under hela eller delar av graviditeten, ibland väljer man att sänka dosen eller byta preparat. I många fall görs ingen förändring alls.

Vad man väljer att göra beror helt på de individuella förutsättningarna, där mammans hälsa och risken för återinsjuknande i bipolär sjukdom får vägas mot eventuella risker för fostret/barnet. Läkaren kan ge råd utifrån medicinska kunskaper men slutligen är det de blivande föräldrarna som bestämmer.

När är det lämpligt att bli gravid?

Graviditet, förlossning och föräldraskap innebär ett stort ansvar och många belastningar. Under graviditeten uppstår ofta fysiska besvär. Förlossningen kan vara krävande. Barnet kräver sedan föräldrarnas fulla uppmärksamhet. Det är ofta fråga om dygnet-runtpassning och många föräldrar blir väckta om nätterna.

Det är därför viktigt att föräldrar är i sådan psykisk balans att de kan svara upp mot barnets behov. Vi rekommenderar därför att en kvinna bör vara psykiskt stabil innan man planerar en graviditet. En tid av psykisk stabilitet på ett år är en lämplig tid innan graviditet planeras.

Ökar risken för insjuknande?

Under graviditet är risken att insjukna i episoder av mani och depression ungefär den samma som vid andra tillfällen i livet, förutsatt att kvinnan fortsätter med den förbyggande behandling med medicin som hon tagit innan graviditeten.

Undersökningar visar dock att risken att insjukna ökar markant om en kvinna med bipolär sjukdom slutar ta sina mediciner under graviditeten, i ungefär samma utsträckning som om hon slutade att ta medicinen vid något annat tillfälle i livet. På grund av den stora risken att återinsjukna rekommenderar vi ofta att en kvinna fortsätter med medicinering under graviditeten, men försöker välja sådana mediciner som innebär ingen eller liten risk för fostret.

Perioden efter förlossningen är däremot en högriskperiod för insjuknande i episoder av depression, mani eller hypomani. Denna riskperiod sitter i upp till ett år, samtidigt som det är den tid då spädbarnet behöver sin mamma som allra mest. Av detta skäl rekommenderar vi därför nästan alltid att en kvinna med bipolär sjukdom ska en återfallsförebyggande medicin efter förlossningen.

Läkemedel under graviditet

Den stora risk som man tidigare förknippade med att ta läkemedel under graviditeten har tonats ner betydligt när det gäller många vanliga psykiatriska mediciner. Till exempel tyder data på att flera av de allra vanligaste antidepressiva läkemedlen (vissa SSRI) inte ger ökad risk för fosterskador. Risken vid litiumbehandling och

behandling med flera antipsykotiska mediciner under graviditet har också tonats ner. Det finns dock vissa mediciner som innebär ökad risk för fostret. Av dessa skäl är det mycket viktigt att kvinnan använder preventivmedel och tillsammans med läkaren planerar för medicineringen innan hon försöker bli gravid.

Går det att amma?

Många kvinnor vill verkligen amma sitt barn och många mediciner är fullt förenliga med amning. Andra mediciner, främst litium, går över i bröstmjölken i hög utsträckning, vilket gör att många kvinnor som tar litium avstår från att amma. Det är viktigt att frågan om amning diskuterats och beslutats i god tid innan förlossningen.

Uppföljning och stöd under graviditeten

Under graviditeten erbjuds täta läkarkontroller, cirka var tredje månad eller tätare vid behov. Alla gravida erbjuds också en stödkontakt med sin sjuksköterska en gång per månad eller vid behov. Vid besöken följs såväl fysiskt som psykiskt mående upp samt eventuellt behov av annat stöd, exempelvis socialt eller ekonomiskt. Kvinnor som står på litium under graviditeten, får lämna prover varje månad. Vi förbereder tiden efter förlossningen genom att tala om amning, dygnsrytm, sömn etc.

Den blivande mamman går som vanligt hos barnmorska på mödravårdscentralen. För den som äter litium görs en särskild undersökning av hjärtat (hjärt-EKO) i samband med det ordinarie ultraljudet i graviditetsvecka 18-20.

Om du planerar att föda på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, vilket vi rekommenderar, så remitterar vi dig för ett särskilt besök på kvinnoklinikens specialmödravård i vecka 32. Syftet med detta besök är att erbjuda våra patienter en extra förberedelse inför förlossningen, så att vården i samband med förlossningen ska bli så bra som möjligt.

I god tid innan förlossningen skriver din psykiater ett brev till förlossningsavdelningen och BB med information om den bipolära sjukdomen, pågående och planerad medicinering, om mamman ska amma, vilka prover som behöver tas etc. Brevet kan också innehålla de blivande föräldrarnas önskemål angående förlossnings- och BB-vård. Om amning planeras kan det behövas extra

kontroller av barnet på grund av detta. Då skriver läkaren i psykiatrin remiss till barnkliniken om detta redan före förlossningen.

Efter förlossningen

Alla barn som föds undersöks av läkare på BB. Kvinnor som föder på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, brukar få besök på BB av sin läkare och sjuksköterska från psykiatrin. Läkarbesök på affektiva mottagningen planeras inom en månad efter förlossningen och sjuksköterskan gör hembesök någon av de första veckorna. Vid behov samarbetar vi med barnavårdscentral och socialtjänst för att skapa största möjliga trygghet för familjen. Alla åtgärder i samband med graviditet och förlossning är erbjudanden och inte något man måste tacka ja till om man inte känner behov av det. Det är dock vår erfarenhet att det extra stödet är mycket uppskattat av våra blivande mammor.

Bilaga 2. Checklista för läkares handläggning av gravida

- Givit information om risker att vara utan medicinering respektive att ta medicinering under graviditeten.
- Tillsammans med patienten kommit överens om medicinering och journalfört detta + ny vårdplan.
- Diskuterat och fattat beslut angående amning. Vid planerad amning vid litiumbehandling remiss till Dr Lars Naver på barnkliniken (obs skicka pappersremiss eller brev).
- Erbjudit stödkontakt hos PAS.
- Bokat adekvat monitorering av farmaka och återbesök till läkare under graviditet.
- Remitterat till specialmövårderna Kvinnokliniken KS Huddinge om patienten ska föda där, annars till motsvarande verksamhet på annan kvinnoklinik.
- Skrivit remiss till patientens ordinarie mödravård med påminnelse om ultraljud med hjärt-EKO.
- Brev till förslossningsavdelning i slutet av graviditeten, senast en månad före beräknad partus (för brevörlaga se bilaga 2).
- Om patienten är ogift och förstagångsföderska – diskutera om de vill att pappan ska ta hand om barnet i händelse av att de insjuknar – i så fall skriv ett intyg om detta och spara journalen (för örlaga se bilaga 4).

Bilaga 3. Checklista för stödkontakt under graviditet

Första samtalet

- Inställning till graviditeten – planerad/oplanerad, hur har ev. tidigare graviditeter förlöpt, oro?
- Social situation – relation till blivande pappan, hemsituationen, syskon till barnet, boende, försörjning, ekonomi, socialt nätverk, behov av professionella stödinsatser
- Hereditet
- Psykiska symtom hos gravida släktingar?
- Fysiskt mående
- Psykiskt mående
- MVC-kontakt
- Medicinering, pågående/planerad
- Amning

Vid varje samtal

- Fysiskt mående
- Psykiskt mående
- Medicinering
- Provtagning
- Amning?
- Uppföljning social situation?

Övrigt

- Fått tid till riktat ultraljud?
- Fått tid till specialistmödravården?
- Förberedelse inför moderskapet
- Att vara mamma med bipolär sjukdom – nya copingstrategier t ex vad gäller sömn och stress
- Pappans/nätverkets roll
- Risk för insjuknande postpartum – repetera tidiga tecken och åtgärder

Efter förlossningen

- Besök på BB
- Hembesök inom 4 veckor
- Fortsatt stödkontakt vid behov

Bilaga 4. Förlaga till brev till förlossningen

Till förlossningsavdelningen KS
Huddinge
Kopia: patienten och
specialmödravården

BREV TILL INFÖR FÖRLOSSNINGEN

Ovanstående patient går vid Affektiva mottagningen M59, Psykiatriska Kliniken Sydväst, KS Huddinge. Det är planerat att hon ska förlösa vid KS Huddinge, beräknad partus xxxxxx. Patienten har följande medicinering:

xxxxxxxxxx

Med anledning av patientens psykiatriska sjukdom ges följande instruktioner:

1. Patienten ska vid begynnande förlossningsvärkar åka till förlossningsavdelningen i god tid. Hon skall ej vänta hemma.
2. Om möjligt bör patienten få enkelrum eller familjerum för att underlätta sömn och för att ge möjlighet till stöd från patientens partner. Vid behov kan zolpidem ges.
3. Under värkarbete och förlossning ska xxxx inte ges. Det är viktigt att pat hydreras adekvat under förlossningen för att undvika intorkning. I första hand kan det ske per oralt, men vid behov intravenöst.
4. Efter förlossningen ska patienten ha följande medicinering:
xxxxx
5. Om möjligt ska s-li tas från navelsträngsblod samt på pat. dagen efter förlossningen samt innan hemgång.
6. Patienten ska ej gå på tidig hemgång.
7. Patienten har beslutat angående amning att hon kommer att (inte amma eller amma – i så fall ska det anges vilken barnläkare som bedömt pat och åtagit sig uppföljning av patienten).
8. Psykiaterbedömning ska ske snarast efter förlossningen och senast innan hemgång. Kontakta i första hand Affektiva mottagningen (86634), i andra hand jourhavande psykaiter via växeln).
9. Skulle patienten uppvisa tecken till psykisk försämring ska psykiaterkontakt ske akut.

Underskrift, datum.

Dokumentnamn:
Graviditet och affektiv sjukdom

Dokumenttyp:
Rutindokument vid Affektiva mottagningen, Psykiatri Sydväst

Sid: 24 av 32

Beslutat av:

Mats Adler

Upprättat av:
Mats Adler, Birgitta Lindberg

Upprättat datum: 130806
Gäller till datum: tillsvidare
Uppdaterat datum: 140105

Bilaga 4. Brevmall för ogifta förstagångsföderskor

Intyg gällande XXXXXXXXXXXXX med personnummer XXXXXXX-XXXX

Intyg skrives på begäran av patienten att lämnas till vederbörande socialtjänsthandläggare i händelse av att pat. insjuknar i akut psykiatrisk sjukdom i samband med förlossning.

Ovanstående patient har bipolär sjukdom. Hon har behandlingskontakt med undertecknad som är psykiater vid Affektiva mottagningen, psykiatriska kliniken Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge.

Härmed intygas att xxxxxxxx, när hon är i stabilt psykiatriskt tillstånd önskar att hennes sammanboende och barnafader yyyyyyyyyy med personnummer zzzzzz-zzzz, ska ta över vården för barnet i händelse av att hon skulle insjukna i akut psykiatrisk sjukdom och ej kunna ta hand om det nyfödda barnet.

I tjänsten

Överläkare/specialist i psykiatri

Affektiva mottagningen M59

Referenser:

1. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj* 2001; **323**(7307): 257-60.
2. Pfuhlmann B, Stoeber G, Beckmann H. Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2002; **4**(3): 185-90.
3. Rubinow DR. Antidepressant Treatment During Pregnancy: Between Scylla and Charybdis
10.1176/appi.ajp.163.6.954. *American Journal of Psychiatry* 2006; **163**(6): 954-6.
4. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2003; **17**(2): 149-73; discussion 7.
5. Nonacs R, Cohen LS, Viguera AC, Mogielnicki J. Diagnosis and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Pregnancy. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.; 2005.: 17-51.
6. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development* 1995; **Volume 18**(Issue 1 , January-March 1995.): 1-13.
7. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Women Ment Health* 2005; **8**(2): 77-87.
8. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003; **183**(4): 279-81.
9. Spinelli MG. A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001; **158**(5): 811-3.
10. Hoffman JI, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2002; **39**(12): 1890-900.
11. Einarson TR, Einarson A. Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005.
12. Spigset O, Hägg S. Nya antidepressiva läkemedel under graviditet och amning. *Läkartidningen* 2004; **101**(13): 1176-81.

13. Källén B. Antidepressiv behandling under graviditet - finns det risker för fostret? *SERIP* 2004; (1-2004): 4-7.
14. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR, Jr., Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. *J Perinatol* 2005; **25**(9): 595-604.
15. GlaxoSmithKlein. Viktig information till förskrivare. Solna; 2005.
16. Läkemedelsverket. Seroxat (paroxetin) och risken för fosterskada. Uppsala: Läkemedelsverket, 2005.
17. Kallen B, Otterblad Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect. *Reprod Toxicol* 2006; **21**(3): 221-2.
18. Einarson A, Pistelli A, DeSantis M, et al. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2008; **165**(6): 749-52.
19. Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet* 2005; **365**(9458): 482-7.
20. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ, et al. Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn
10.1056/NEJMoa052744. *N Engl J Med* 2006; **354**(6): 579-87.
21. Reis M, Kallen B. Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. *Psychol Med* 2010: 1-11.
22. Occhiogrosso M, Omran SS, Altemus M. Persistent pulmonary hypertension of the newborn and selective serotonin reuptake inhibitors: lessons from clinical and translational studies. *Am J Psychiatry* 2012; **169**(2): 134-40.
23. Adler M, von Schreeb S, Lindemalm S, Böttiger Y. SSRI-behandling under graviditet och amning - riktlinjer inom Karolinska, Huddinges upptagningsområde. Kvinnokliniken, Barnens sjukhus, Psykiatriska kliniken SV samt Klinisk Farmakologi vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.; 2005.
24. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, et al. Child Development Following Exposure to Tricyclic Antidepressants or Fluoxetine Throughout Fetal Life: A Prospective, Controlled Study

10.1176/appi.ajp.159.11.1889. *American Journal of Psychiatry* 2002; **159**(11): 1889-95.

25. Misri S, Reebye P, Kendrick K, et al. Internalizing Behaviors in 4-Year-Old Children Exposed in Utero to Psychotropic Medications

10.1176/appi.ajp.163.6.1026. *American Journal of Psychiatry* 2006; **163**(6): 1026-32.

26. Nulman I, Koren G, Rovet J, et al. Neurodevelopment of children following prenatal exposure to venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or untreated maternal depression. *Am J Psychiatry* 2012; **169**(11): 1165-74.

27. Einarson A, Fatoye B, Sarkar M, et al. Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: a multicenter prospective controlled study. *Am J Psychiatry* 2001; **158**(10): 1728-30.

28. Djulus J, Koren G, Einarson TR, et al. Exposure to mirtazapine during pregnancy: a prospective, comparative study of birth outcomes. *J Clin Psychiatry* 2006; **67**(8): 1280-4.

29. Lennestal R, Kallen B. Delivery outcome in relation to maternal use of some recently introduced antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2007; **27**(6): 607-13.

30. Ilett KF, Kristensen JH, Hackett LP, Paech M, Kohan R, Rampono J. Distribution of venlafaxine and its O-desmethyl metabolite in human milk and their effects in breastfed infants. *Br J Clin Pharmacol* 2002; **53**(1): 17-22.

31. Kristensen JH, Ilett KF, Rampono J, Kohan R, Hackett LP. Transfer of the antidepressant mirtazapine into breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 2007; **63**(3): 322-7.

32. McElhatton PR, Garbis HM, Elefant E, et al. The outcome of pregnancy in 689 women exposed to therapeutic doses of antidepressants. A collaborative study of the European Network of Teratology Information Services (ENTIS). *Reprod Toxicol* 1996; **10**(4): 285-94.

33. Hendrick V, Altshuler L. Management of Major Depression During Pregnancy

10.1176/appi.ajp.159.10.1667. *Am J Psychiatry* 2002; **159**(10): 1667-73.

34. Heikkinen T, Ekblad U, Laine K. Transplacental transfer of amitriptyline and nortriptyline in isolated perfused human placenta. *Psychopharmacology* 2001;

Dokumentnamn:
Graviditet och affektiv sjukdom

Dokumenttyp:
Rutindokument vid Affektiva mottagningen, Psykiatri Sydväst

Sid: 28 av 32

Beslutat av:

Mats Adler

Upprättat av:
Mats Adler, Birgitta Lindberg

Upprättat datum: 130806
Gäller till datum: tillsvidare
Uppdaterat datum: 140105

153(4): 450-4.

35. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996; **153**(9): 1132-7.
36. Källén B, Källén K. Läkemedel och fosterskador. JANUS. Läkemedelsinformation för sjukvården.; 2004.
37. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, et al. Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. *Am J Psychiatry* 2004; **161**(4): 608-20.
38. Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW, Johnson EM, Weiner ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *Jama* 1994; **271**(2): 146-50.
39. Jacobson SJ, Jones K, Johnson K, et al. Prospective multicentre study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester. *Lancet* 1992; **339**(8792): 530-3.
40. Reis M, Kallen B. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. *J Clin Psychopharmacol* 2008; **28**(3): 279-88.
41. Giles JJ, Bannigan JG. Teratogenic and developmental effects of lithium. *Curr Pharm Des* 2006; **12**(12): 1531-41.
42. Viguera AC, Cohen LS, Nonacs R, Baldessarini R. Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period: Weighing the Risks and Benefits. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005: 53-76.
43. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J, et al. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. *Am J Psychiatry* 2007; **164**(2): 342-5.
44. Meador K, Reynolds MW, Crean S, Fahrback K, Probst C. Pregnancy outcomes in women with epilepsy: A systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts. *Epilepsy Res* 2008.
45. Adab N, Kini U, Vinten J, et al. The longer term outcome of children born to mothers with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; **75**(11): 1575-83.
46. Harden CL, Meador KJ, Pennell PB, et al. Management issues for women with epilepsy-Focus on pregnancy (an evidence-based review): II. Teratogenesis and perinatal outcomes: Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Subcommittee of the American Academy of Neurology and the

Dokumentnamn:
Graviditet och affektiv sjukdom

Dokumenttyp:
Rutindokument vid Affektiva
mottagningen, Psykiatri Sydväst

Sid: 29 av 32

Beslutat av:

Mats Adler

Upprättat av:
Mats Adler, Birgitta Lindberg

Upprättat datum: 130806
Gäller till datum: tillsvidare
Uppdaterat datum: 140105

American Epilepsy Society. *Epilepsia* 2009; **50**(5): 1237-46.

47. Tomson T, Battino D. Teratogenic effects of antiepileptic medications. *Neurol Clin* 2009; **27**(4): 993-1002.

48. Werler MM, Ahrens KA, Bosco JLF, et al. Use of Antiepileptic Medications in Pregnancy in Relation to Risks of Birth Defects. *Annals of Epidemiology* 2011; **21**(11): 842-50.

49. Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, et al. Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. *The Lancet Neurology* 2011; **10**(7): 609-17.

50. Läkemedelsverket. Lamotrigin och risken för läppgomspalt. Uppsala, 2006.

51. Morrow J, Russell A, Guthrie E, et al. Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register

10.1136/jnnp.2005.074203. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; **77**(2): 193-8.

52. Reimers A, Brodtkorb E. Second-generation antiepileptic drugs and pregnancy: a guide for clinicians. *Expert review of neurotherapeutics* 2012; **12**(6): 707-17.

53. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry* 2000; **61**(2): 79-90.

54. Einarson A, Boskovic R. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *J Psychiatr Pract* 2009; **15**(3): 183-92.

55. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry* 2002; **47**(5): 426-36.

56. Eli-Lilly, inventor Olanzapine - use in pregnant and nursing women, update until dec 2004. 2005.

57. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M, et al. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry* 2005; **66**(4): 444-9; quiz 546.

58. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S, et al. Safety of haloperidol and

penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry* 2005; **66**(3): 317-22.

59. Cott AD, Wisner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. *Int Rev Psychiatry* 2003; **15**(3): 217-30.

60. Klinger G, Stahl B, Fusar-Poli P, Merlob P. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatric endocrinology reviews : PER* 2013; **10**(3): 308-17.

61. Leiknes KA, Cooke MJ, Jarosch-von Schweder L, Harboe I, Hoie B. Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Archives of women's mental health* 2013.

62. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of Recurrence of Bipolar Disorder in Pregnant and Nonpregnant Women After Discontinuing Lithium Maintenance. *Am J Psychiatry* 2000; **157**(2): 179-84.

63. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (postpartum) psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; **186**: 258-9.

64. Baldessarini RJ, Tondo L, Floris G, Rudas N. Reduced morbidity after gradual discontinuation of lithium treatment for bipolar I and II disorders: a replication study. *Am J Psychiatry* 1997; **154**(4): 551-3.

65. Nielsen RE, Damkier P. Pharmacological treatment of unipolar depression during pregnancy and breast-feeding--a clinical overview. *Nord J Psychiatry* 2012; **66**(3): 159-66.

66. Tryckfrihetsförordning 1949:105 och sekretesslag 1980:100.; 1980.

67. Cohen LS, Sichel DA, Robertson LM, Heckscher E, Rosenbaum JF. Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; **152**(11): 1641-5.

68. Nonacs R. Postpartum Mood Disorders. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005: 77-103.

69. Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2011; **14**(2): 89-98.

70. Wickberg B, Hwang P. [Do not minimize signs of postpartum depression! Early intervention essential to prevent negative consequences for the child].

Lakartidningen 2001; **98**(13): 1534-8.

71. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affect Disord* 2004; **80**(1): 37-44.
72. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). 1997.
73. Montgomery S, Åsberg M. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). 1979.
74. Svanborg P, Asberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Disord* 2001; **64**(2-3): 203-16.
75. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; **282**(18): 1737-44.
76. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; **16**(9): 606-13.