

Cesario Bellantuono

Farmacoterapia della Depressione in Gravidanza e nel Post Partum

Frequently Asked Questions



Alpes Italia srl - Via G. Romagnosi 3 - 00196 Roma

tel. 0639738315 - email: info@alpesitalia.it - www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl - Via Romagnosi, 3 – 00196 Roma, tel. 06-39738315

I edizione, 2024

Cesario Bellantuono: Laureato in Medicina e Chirurgia, Specialista in Psichiatria e Farmacologia Clinica. Già Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Politecnica delle Marche. Responsabile e fondatore del Centro DEGRA di Ancona. Ha lavorato presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Bari e la Clinica Psichiatrica dell'Università di Verona. Ha svolto attività di studio e ricerca presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, l'Institute of Psychiatry ed il Maudsley Hospital dell'Università di Londra. Autore e co-autore di oltre 200 pubblicazioni su riviste e libri nazionali e internazionali. Ad oggi responsabile dell'Ambulatorio di Psicopatologia e Psicofarmacoterapia Perinatale "DeGra" di Verona.
www.depressionegravidanza.it

In copertina: Copyright personale dell'Autore.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari ed artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore

Indice generale

Introduzione

<i>La terapia psicofarmacologica nel periodo perinatale: tra stigma, disinformazione ed evidenze scientifiche</i>	V
---	---

Frequently Asked Questions

1. <i>Qual è la frequenza dei disturbi depressivi nella popolazione generale?</i>	1
2. <i>Quali sono i sintomi che caratterizzano la depressione che insorge in gravidanza e nel puerperio?</i>	3
3. <i>Quali sono le ipotesi biologiche sui fattori di rischio implicati nella genesi della depressione maggiore?</i>	7
4. <i>Quali psicofarmaci possono essere necessari per il trattamento dei disturbi depressivi nel periodo perinatale?</i>	11
5. <i>Quali rischi comporta la depressione maggiore non curata in gravidanza e nel post partum?</i>	13
6. <i>Come si valutano i dati che esprimono i rischi di un trattamento farmacologico in gravidanza?</i>	17
7. <i>Qual è l'incidenza delle complicanze fetali e gestazionali nella popolazione generale?</i> 19	
8. <i>Quali sono i dati sull'efficacia e sicurezza degli antidepressivi in gravidanza?</i>	21
9. <i>Quali sono gli antidepressivi considerati più sicuri nell'allattamento al seno?</i>	25
10. <i>Quali sono i dati sull'efficacia e sicurezza dei prodotti a base di erbe nella depressione perinatale?</i>	27
11. <i>Quali sono i dati sull'efficacia e sicurezza delle terapie ormonali nella depressione post partum?</i>	29
12. <i>Quali sono le strategie terapeutiche nell'insonnia durante il periodo perinatale?</i>	31
13. <i>Quali ansiolitici e ipnotici sono considerati sicuri nel periodo perinatale?</i>	33

Farmacoterapia della Depressione in Gravidanza e nel Post Partum

14. Quali sono le indicazioni per l'uso della melatonina nel trattamento dell'insonnia nel periodo perinatale?	37
15. Quali sono i dati sull'efficacia e sicurezza del litio carbonato in gravidanza e nell'allattamento al seno?	39
16. Quali sono i dati sull'efficacia e sicurezza degli stabilizzatori anticonvulsivanti in gravidanza e nell'allattamento al seno?	43
17. Quali sono i dati sull'efficacia e sicurezza degli antipsicotici in gravidanza e nell'allattamento al seno?	47
18. Quali sono i principi generali e le raccomandazioni per la prescrizione di una terapia psicofarmacologica nella depressione perinatale?	49
Casi clinici	55
<i>Bibliografia</i>	63

Introduzione

La terapia psicofarmacologica nel periodo perinatale: tra stigma, disinformazione ed evidenze scientifiche

Le ragioni che hanno motivato la pubblicazione di questo volume sono quelle di riproporre una riflessione sull'importanza che una buona condizione di salute mentale riveste nel *periodo perinatale* e sulle strategie di trattamento farmacologico che spesso si rendono necessarie in questo periodo.

Come è ben noto le strategie terapeutiche disponibili nel periodo perinatale per il trattamento dei disturbi psichici sono diverse: psicoterapiche, psico-educazionali, di supporto sociale e farmacologiche. Nel caso dei disturbi depressivi e più in generale dei disturbi psichici, l'integrazione nella pratica clinica tra queste strategie è sempre auspicabile, sebbene non così frequente; inoltre sono ancora carenti nel nostro Paese i servizi psichiatrici pubblici con ambulatori dedicati alle donne che soffrono di condizioni psicopatologiche in corso di gravidanza e nel post partum. Tra le diverse strategie di trattamento quelle di tipo psicoterapico, in particolare la terapia cognitivo-comportamentale è considerata una risorsa di prima scelta per i disturbi depressivi che non rivestono particolare gravità clinica, mentre l'uso della farmacoterapia si rende necessario quando le condizioni cliniche sono più impegnative o quando altri trattamenti si siano dimostrati poco efficaci o impraticabili, come ad esempio nel caso di depressioni a rischio autolesivo, di depressioni con sintomi psicotici e di episodi depressivi che insorgono nel corso del disturbo bipolare.

La psicofarmacoterapia in particolare nel periodo gestazionale, resta tuttavia ancora oggi un intervento medico abbastanza controverso e circondato da pregiudizi (stigma) o eccessive paure che talora finiscono per tradursi in una vera "psicofarmaco-teratofobia", ovvero nel timore eccessivo che gli psicofarmaci (*tout court*) inducano malformazioni congenite o

possano comunque costituire fattori di rischio per un fisiologico sviluppo del feto e per il decorso della gestazione.

Questa visione quasi catastrofica sulla sicurezza della terapia con psicofarmaci in gravidanza sembra di fatto condivisa anche da una buona parte della classe medica, rischiando di alimentare comportamenti di “medicina difensiva” che possono privare una paziente di terapie necessarie e sicure. Sta di fatto che nel processo decisionale tra rischi del trattamento psicofarmacologico e rischi di una condizione psicopatologica non trattata finisce per prevalere spesso quest’ultima opzione. In realtà, questa scelta implica comunque una serie di rischi oggi ben documentati da evidenze scientifiche che non dovrebbero essere sottovalutati ma condivisi con la paziente.

C’è ancora oggi nel nostro Paese la necessità di formazione e aggiornamento sul trattamento psicofarmacologico dei disturbi psichici durante il periodo perinatale, che dovrebbe coinvolgere non solo gli specialisti in psichiatria ma anche i ginecologi, i pediatri, i medici di medicina generale e gli psicologi clinici.

Sebbene la tanto enfatizzata valutazione del rapporto tra rischi del trattamento farmacologico e rischi del non trattamento in gravidanza non sia sempre facile, la strategia che quasi sempre prevale è quella di sospendere la terapia o di utilizzare dosaggi sub-terapeutici, minimizzando il rischio di una riacutizzazione del disturbo. Nel caso di disturbi come la depressione maggiore non sono rari i casi delle pazienti a cui è stato consigliato di “resistere”, cioè di sopportare la propria condizione di malattia e di sofferenza, piuttosto che iniziare una terapia farmacologica, quasi che la resistenza non comportasse problemi di salute e non solo mentale.

Un editoriale pubblicato nel 2012 sull’*American Journal Psychiatry* da Katherine Wisner, una psichiatra americana docente nell’Università di Pittsburgh, titolava: *The last therapeutic orphan: the pregnant woman*.

A distanza di più di 10 anni, questo editoriale resta ancora una triste realtà della pratica clinica, nonostante le conoscenze sulla sicurezza e sui rischi delle diverse classi di psicofarmaci siano aumentate e consolidate.

Sebbene in Italia siano presenti ambulatori dedicati alla psicopatologia perinatale che operano in strutture ospedaliere e/o universitarie in diverse

regioni, la loro numerosità è del tutto insufficiente rispetto alla domanda molto più numerosa di donne che necessitano di informazioni affidabili sui rischi/benefici delle terapie con psicofarmaci nel periodo perinatale.

Anche da parte dei *mass media* le occasioni in cui si affrontano temi relativi alla terapia psicofarmacologica nel periodo perinatale sono decisamente rare.

In realtà, come riportato nel titolo di un editoriale pubblicato sul *British Journal Psychiatric Advances* (2016): “*Perinatal Psychiatry: a new specialty or a everyone’s business?*”, questa materia dovrebbe essere considerata non soltanto una nuova specialità medica, ma una risorsa terapeutica di interesse comune, poiché si occupa della salute mentale della donna, del suo futuro di madre e della salute del neonato anche a lungo termine.

Questa pubblicazione rappresenta un contributo alle conoscenze di base sulla efficacia, sicurezza e rischi delle terapie farmacologiche che potrebbero essere impiegate nel trattamento della depressione che insorge in gravidanza (*depressione ante partum o gestazionale*) o nel puerperio (*depressione post partum o puerperale*), condizioni psicopatologiche tra le più frequenti e studiate nel periodo perinatale, sebbene ancora sotto diagnosticate e di conseguenza non trattate adeguatamente nella pratica di routine. Sono stati anche discussi, in modo sintetico, i meccanismi eziopatogenetici implicati nell’insorgenza della depressione maggiore ed i rischi materni e neonatali conseguenti ad una depressione non trattata nel periodo gestazionale.

La formula adottata nel testo è quella delle FAQ, le “domande frequenti”.

Sono domande rivolte dalle pazienti a chi deve farsi carico dei loro problemi di salute mentale; domande legittime che richiedono spesso una risposta complessa che può prevedere soluzioni diverse, ma in ogni caso da condividere con la paziente alla luce di una corretta valutazione del rapporto tra rischi/benefici. L’importante è che la risposta sia fondata sulle evidenze scientifiche disponibili e non sulla disinformazione o peggio sul pregiudizio indiscriminato verso terapie farmacologiche efficaci e necessarie.

