Erhöhen SSRI das Risiko von Totgeburt und Säuglingssterblichkeit?

Entwarnung für Schwangere

Fragestellung: Erhöht die Einnahme von SSRI in der Schwangerschaft das Risiko für Totgeburten oder Säuglingssterblichkeit?

Hintergrund: Im Hinblick auf die Einnahme von SSRI in der Schwangerschaft wurden ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko, Spontanaborte, intrauterine Wachstumsretardierung und Frühgeburtlichkeit diskutiert, aber nicht eindeutig belegt. Erwiesen sind dagegen vorübergehende Anpassungsstörungen des Kindes nach der Geburt. Unzureichend untersucht war bisher, ob die Totgeburtenrate oder die Säuglingssterblichkeit unter SSRI ansteigen.

Patienten und Methodik: Die populationsbasierte Kohortenstudie erfasste Daten aus den Jahren 1996 bis 2007 zu Geburten in Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden aus verschiedenen Datenbanken und Registern.

Stephansson O, Kieler H, Haglund B et al. Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of stillbirth and infant mortality. JAMA 2013; 309: 48–54

Ergebnisse: Von 1.633.877 Geburten der Studie waren 6.054 Totgeburten, 3.609 neo-

natale Todesfälle (< 28 Tage) und 1.578 Fälle von Säuglingssterblichkeit nach der Neonatalperiode (28 bis 364 Tage). Ein SSRI-Rezept war von 29.228 (1,79%) Müttern in der Schwangerschaft oder in den drei Monaten davor eingelöst worden. Unter den Frauen mit SSRI wurden höhere Raten an Totgeburten (4,62 vs. 3,69/1.000, $p = 0,01$) und Säuglingssterblichkeit (1,38 vs. 0,96/1.000, $p = 0,03$) beobachtet, als bei denen ohne SSRI-Rezept. Die neonatale Sterblichkeit unterschied sich nicht (2,54 vs. 2,21/1.000, $p = 0,24$). Nach Adjustierung auf potenzielle Confounder gab es keine signifikanten Unterschiede mehr. Nach Stratifizierung der SSRI-Exponierten hinsichtlich früherer stationärer psychiatrischer Behandlungen wiesen die stationär Behandelten jeweils ein etwas geringeres Risiko auf als die nicht stationär Behandelten.

Schlussfolgerungen: Es fand sich keine Assoziation zwischen SSRI und einem erhöhten Risiko für Totgeburten oder Säuglingssterblichkeit einschließlich neonataler Sterblichkeit. Eine Entscheidung über den Einsatz von SSRI sollte aber auch andere potenzielle Auswirkungen einer solchen Medikation auf den Ausgang der Schwangerschaft sowie die Risiken der Erkrankung selbst in Betracht ziehen.

–Kommentar von Christof Schaefer, Berlin

Das Neugeborene in den ersten Lebenstagen gut beobachten

Aus der vorliegenden Studie ergeben sich keine Hinweise auf eine erhöhte Totgeburtenrate oder Säuglingssterblichkeit, die unabhängig von anderen mütterlichen Faktoren den SSRI zugeschrieben werden können. Allerdings sind Rezepteinlösestudien wie diese aufgrund der Unsicherheit, ob und wann tatsächlich die Medikamente eingenommen wurden, mit Zurückhaltung zu bewerten. Außer angeborenen Fehlbildungen wurden bisher verschiedene andere Auffälligkeiten beim Schwangerschaftsverlauf im Zusammenhang mit einer SSRI-Einnahme kontrovers diskutiert [1, 2]. Die beobachteten Auswirkungen konnten oft nicht Wirkstoff-spezifisch bestätigt werden, traten zum Teil auch bei anderen Psychopharmakagruppen auf und sind möglicherweise Folge der Erkrankung selbst oder Ergebnis einer intensiveren Diagnostik. Am besten gesichert ist, dass bei allen bis zur Geburt eingenommenen Psychopharmaka mit zentralnervösen, gastrointestinalen und respiratorischen Anpassungsstörungen gerechnet werden muss, die bei den SSRI auch als serotonerge Überstimulation interpretiert werden. Etwa jedes vierte pränatal exponierte Kind ist davon betroffen. Üblicherweise sind neonatale Anpassungsstörungen bei SSRI auf wenige Tage begrenzt und selbst-limitierend. Allerdings gehört zu diesen Auswirkungen möglicherweise auch der seltene persistierende pulmonale Hochdruck beim Neugeborenen.

SSRI gehören zu den Mitteln der Wahl, wenn eine Depression pharmakologisch behandelt werden muss, die meisten positiven Erfahrungen in der Schwangerschaft liegen zu

Citalopram und Sertralin vor. Eine unter Therapie mit anderen SSRI stabile Patientin soll die Medikation während der Schwangerschaft unverändert fortsetzen, um keine für Mutter und Kind bedrohlichen Krisen zu provozieren. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich eine medikamentöse Einstellung als schwierig erwiesen hat. Kein Antidepressivum rechtfertigt einen Schwangerschaftsabbruch oder invasive Diagnostik. Bei Behandlung bis zum Ende der Schwangerschaft sollte in den ersten Lebenstagen die Beobachtung des Neugeborenen gewährleistet sein, am besten durch Entbindung in einer Klinik mit Perinatal-Zentrum.

Referenzen

1. Domar AD et al. Hum Reprod 2013; 28: 160–71
2. Ellfolk M et al. Reprod Toxicol 2010; 30: 249–60

PD Dr. med. Christof Schaefer, Berlin

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie
Charité-Universitätsmedizin Berlin
E-Mail: christof.schaefer@charite.de