

Psychofarmaca bij post-partumdepressie

Een post-partumdepressie komt vaak voor met een prevalentie van 10-15%. Onbehandeld kan zo'n depressie negatieve gevolgen hebben voor het hele systeem, maar vaak bestaat er weerstand tegen medicamenteuze behandeling tijdens de zwangerschap in verband met angst voor mogelijke schadelijke effecten bij het kind. De meeste antidepressiva kunnen echter relatief veilig gedurende de zwangerschap en lactatieperiode worden gebruikt. Bovendien kan het niet behandelen van een depressie tijdens de zwangerschap nadelige gevolgen hebben voor moeder en kind, zoals een vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een verstoorde hechting.

Bart Geerling, Sanne Hendriks, José van der Kooij

B. Geerling, verpleegkundig specialist, Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen, Dimence, Deventer

S. Hendriks, psychiater, Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen, Dimence, Deventer

J. van der Kooij, verpleegkundig specialist, Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen, Dimence, Deventer

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- weet je wat een post-partumdepressie is en wat de gevolgen hiervan zijn voor moeder en kind;
- ken je de mogelijkheden voor de medicamenteuze behandeling van een depressie tijdens de zwangerschap en de post-partumperiode;
- weet je wat de mogelijkheden zijn voor het gebruik van antidepressiva tijdens de lactatieperiode.

Casus

Leonie is 31 jaar, getrouwd met Floris en werkt als apothekersassistente. Vier maanden geleden is zij bevallen van een gezonde zoon Lars. De zwangerschap is ongecompliceerd verlopen, maar de bevalling was voor Leonie heftig. Vanwege een niet-vorderende uitdrijving werd het een vacuümbevalling, iets waar Leonie zich niet op had voorbereid. De machteloosheid die ze voelde op het moment zelf en in de post-partumperiode heeft een grote impact op haar gehad. Ze voelt weinig binding met haar baby. Daarnaast heeft ze veel lichamelijke klachten als gevolg van een blaasontsteking en een borstontsteking waarvoor ze verschillende antibioticakuren krijgt. Ze merkt dat haar stemming steeds somberder wordt. Ze heeft weinig energie en kan niet genieten van haar zoon en het moederschap. Ze probeert haar gevoelens met haar echtgenoot te delen, maar hij reageert met onbegrip ("Je hoort nu toch blij te zijn?"). Dit maakt dat Leonie zich schaamt en haar gevoelens verder met niemand durft te delen. Ze voelt zich steeds slechter. Het lukt haar met veel moeite om goed voor Lars te blijven zorgen, maar ze ervaart weinig gevoel bij het verzorgen en kan moeilijk op de signalen van de baby reageren. Ze piekert veel over de voor haar uitzichtloze situatie en slaapt slecht. Leonie worstelt weken met deze gevoelens tot het echt niet meer gaat en ze met veel moeite de stap naar de huisarts zet. Deze

huisarts regeert met veel begrip en is doortastend. Hij verwijst haar naar een polikliniek voor psychiatrische problemen rondom de zwangerschap. Gezien de duur van de bestaande klachten wordt Leonie met spoed gezien. In het eerste gesprek ligt de focus op het helder krijgen van de klachten en symptomen en op de vraag welke krachten ze nog weet in te zetten (zoals het kunnen blijven zorgen voor Lars). Na de intake wordt de diagnose post-partumdepressie (PPD) gesteld. In overleg met Leonie wordt gestart met een gecombineerde behandeling. Gelet op de duur en de ernst van de klachten is het geïndiceerd om ook met farmacotherapie te starten, maar Leonie wil dat niet omdat ze borstvoeding geeft en medicatie mogelijk schadelijk voor Lars zou kunnen zijn. Bovendien heeft ze angst voor medicatie in het algemeen. In plaats van haar te proberen te overreden krijgt Leonie psycho-educatie over PPD, volgt ze de online module 'Hoezo roze wolk' en worden er interventies ingezet gericht op het activeren van zichzelf en bevordering van slaap. Ook wordt er psycho-educatie gegeven over het veilig gebruik van medicatie gedurende de lactatieperiode. Samen wordt er een balans gemaakt van de voor- en nadelen van medicatie en de effecten van de PPD voor haarzelf en de baby. Op basis hiervan besluit Leonie te starten met sertraline. De dosis wordt geleidelijk opgehoogd, maar omdat effect uitblijft wordt de sertraline omgezet naar nortriptyline. op geleide van de bloedspiegel wordt Leonie ingesteld op 100 mg per dag. Gedurende de behandeling rijpt bij Leonie langzaam het idee dat de depressieve gevoelens er mogen zijn en dat ze niet gek is, maar dat dit veel vrouwen na de bevalling overkomt. Een belangrijk gesprekstema is het gevoel er alleen voor te staan en de enige te zijn. Leonie wordt ook gewezen op de podcast 'Zwarte muisjes', die het gevoel van (h)erkenning versterkt. Floris is vanaf het begin betrokken bij de behandeling. Het is voor hem heel lastig te begrijpen hoe Leonie zich voelt. Ze heeft nog nooit eerder een depressie doorgemaakt en deze periode zou toch juist prachtig moeten zijn. De dynamiek die zijn houding bij Leonie losmaakt, is onderwerp van gesprek in de systeem-gesprekken. Floris wordt geholpen om anders naar de situatie te kijken en krijgt tips hoe hij Leonie kan ondersteunen in het herstelproces. Hiermee verdwijnt langzaam de verwijdering die ze allebei hebben gevoeld in de eerste maanden post partum. Om de hechting te bevorderen wordt ook voorgesteld om de 'ouder-baby-interventie' in te zetten. Hierbij wordt de ouder gefilmd gedurende de verzorging van de baby en bij het terugkijken wordt gekeken naar de

signalen die de baby geeft en hoe de ouder daarop reageert. Hoewel de behandelaars het idee hebben dat het haar erg kan helpen, vindt Leonie het te veel interfereren in haar privéleven en wil ze dat pas doen als alles geprobeerd is.

De depressie begint in remissie te raken en Leonie kan steeds meer van haar zoon genieten, waardoor de hechting verbetert. Ook lukt het haar om andere activiteiten op te pakken, zoals haar werk, zodat ze steeds meer perspectief krijgt op herstel. De intensiteit van de behandeling wordt op geleide van het herstel en in samenspraak met Leonie afgebouwd en na zes maanden wordt de behandeling afgerond.

Post-partumdepressie

Een post-partumdepressie (PPD) is een van de meest voorkomende aandoeningen bij pas bevallen vrouwen. Ongeveer 10-15% van de vrouwen in Nederland krijgt na de bevalling een depressie.¹ De symptomen van een PPD zijn hetzelfde als die van een reguliere depressie.² De depressie is echter gekoppeld aan de zwangerschap of de bevalling. Vrouwen die eerder een depressie gedurende hun leven hebben doorgemaakt of in de zwangerschap al depressieve klachten hebben gehad, hebben 25-30% meer kans op het ontwikkelen van een PPD. Bij een eerder doorgemaakte PPD is de kans op een recidief ongeveer 50%. Daarnaast zijn er verschillende andere risicofactoren die het krijgen van een PPD vergroten (tabel 1).¹

Onbehandeld kan een PPD negatieve gevolgen hebben voor de vrouw zelf, de relatie met haar partner en kind(eren), en voor de hechting en de psychosociale ontwikkeling van het kind. Vrouwen voelen echter vaak een hoge drempel om tijdens de zwangerschap en in de post-partumperiode hun psychische klachten kenbaar te maken. Het benoemen van hun depressieve klachten brengt schuldgevoelens met zich mee. Ze voldoen niet aan de verwachting van henzelf en de omgeving van de 'roze wolk' die de kraamperiode zou moeten zijn. Daarnaast kan er weerstand tegen behandeling zijn vanuit bovenstaande gedachte of tegen het idee om behandeling te krijgen voor een psychiatrische stoornis. 20% van de vrouwen die een PPD hebben zoekt hulp, waarvan bij slechts de helft de PPD wordt herkend en adequate behandeling wordt ingesteld.³

Het in 2015 verschenen *Handboek Psychiatrie en Zwangerschap*⁴ pleit voor een multidisciplinaire aanpak zodat adequate 'ketenzorg op maat' kan worden geleverd. De verschillende richtlijnen en aanbevelingen zoals omschreven in het handboek zijn een leidraad geweest voor het ontwikkelen van POP-poli's

Tabel 1 Risicofactoren voor PPD.

• depressie in de voorgeschiedenis
• positieve familieanamnese
• jongere leeftijd
• geringe sociale steun
• alleenstaand
• relatieproblemen
• stressvolle levensgebeurtenissen

(Psychiatrie Obstetrie en Pediatrie), en specifieke ambulante poli's binnen de specialistische GGZ. Veel zorgaanbieders bieden echter juist in de post-partumperiode maar kort of zelfs geen zorg aan. Voor de groep vrouwen die zonder psychiatrische voorgeschiedenis een PPD krijgt is de drempel voor adequate zorg hoog. Ook ervaren zij belemmering bij doorverwijzing vanuit de eerste lijn op het moment dat ze aangeven depressief te zijn.³

De Dimence Groep heeft de poli 'Psychiatrie en Zwangerschap' opgericht met als doel optimale psychiatrische zorg te geven aan vrouwen met een zwangerschapswens en vrouwen die al zwanger zijn

Tabel 2 Verandering in enzymactiviteit tijdens de zwangerschap.

enzym	verandering
CYP1A2	afname (60-0%)
CYP3A4	toename
CYP2C9	toename
CYP2C19	afname (50%)
Cyp2D6	toename (30-200%)

en met een psychiatrische stoornis kampen. Er worden verschillende behandelingen en cursussen geboden in de fase van kinderwens, zwangerschap en post-partumperiode.⁶ Een van de geboden behandelingen is de module Farmacotherapie waarbij de mogelijkheid van antidepressiva besproken wordt wanneer er sprake is van ernstige depressieve klachten. Zorgen om mogelijke teratogene effecten van antidepressiva tijdens de zwangerschap en de lactatieperiode kan vrouwen echter weerhouden om medicamenteuze behandeling aan te gaan. Maar zijn deze zorgen reëel? Wat weten we over het gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap en de lactatieperiode?



Antidepressiva tijdens de zwangerschap

Er is veel onderzoek gedaan naar het gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's; citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline) tijdens de zwangerschap.^{3,7-9} Hieruit blijkt geen sterk verhoogd risico op aangeboren afwijkingen. Er bestaat binnen de SSRI's een voorkeur voor sertraline en citalopram. Wanneer een depressie tijdens de zwangerschap niet wordt behandeld, kan dit nadelige gevolgen hebben voor moeder en kind, zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht en een verstoorde hechting. Het wordt afgeraden om tijdens de zwangerschap ineens te stoppen met een antidepressivum of van antidepressiva te wisselen, omdat het risico op een recidief van de depressie hiermee wordt verhoogd. Sommige onderzoeken laten een licht verhoogd risico zien op aangeboren hartafwijkingen (zoals 'right ventricular outflow tract obstructive'-defecten, RVTO-defecten), hoewel de resultaten niet eenduidig zijn. In het tweede en derde trimester kunnen de plasmaspiegels dalen als gevolg van de veranderde farmacokinetiek, waardoor een dosisverhoging nodig kan zijn (tabel 2).¹⁰

Een alternatief voor een SSRI is een tricyclisch antidepressivum (TCA). De meeste ervaring is opgedaan met amitriptyline, clomipramine, imipramine en nortriptyline. Ook bij gebruik van TCA's tijdens de zwangerschap is geen sterk verhoogd risico op aangeboren afwijkingen gezien. Alleen een studie van het Zweedse gezondheidsregister meldt bij clomipramine een licht verhoogd risico op met name ventrikel- en atriumseptumdefecten. Dit wordt niet in andere onderzoeken gezien.

Plasmaspiegels kunnen in het tweede en vooral het derde trimester dalen waardoor dosisaanpassing nodig kan zijn.^{3,7,8,11}

Selectieve serotonine- noradrenalineheropnameremmers (SNRI's, zoals duloxetine en venlafaxine), tetracyclische antidepressiva (zoals mirtazapine) en bupropion kunnen op indicatie tijdens de zwangerschap gebruikt worden. Het is onbekend of trazodon en mianserine tijdens de zwangerschap gebruikt kunnen worden. De voorkeur gaat echter uit naar een SSRI of een TCA. Het gebruik van een vortioxetine, sint-janskruid en MAO-remmers wordt afgeraden omdat niet bekend is of deze tijdens de zwangerschap veilig kunnen worden gebruikt.^{3,7,8,11}

Bij het gebruik van antidepressiva in de zwangerschap wordt geadviseerd om de partus in het ziekenhuis te laten plaatsvinden (medium-riskbevalling) in verband met het mogelijke risico op onthoudingsverschijnselen bij de baby, zoals prikkelbaarheid, hypertonie, tremoren, onregelmatige ademhaling, slecht drinken en hard huilen. Deze symptomen treden meestal in de loop van de eerste dagen na de geboorte op, zijn mild en van

Slapen

De eerste weken post partum kunnen vaak slopend zijn als gevolg van een verstoord dag-nachtritme en slaapdeprivatie. Een tekort aan slaap is een voorspeller van post-partumdepressie en door hier op tijd bij te zijn, kan een ernstig ziektebeeld voorkomen worden. Psycho-educatie met betrekking tot een goede slaaphygiëne, cognitieve gedragstherapie of tijdelijke inzet van psychofarmaca kunnen goede interventies zijn om het slaappatroon te herstellen. Ook kan het nodig zijn de partner of familie voor de nachtelijke zorg voor de baby in te zetten om de kwaliteit en de effectiviteit van slaap bij de moeder te verbeteren. Bij langdurige korte nachten met uitputting kan overwogen worden om moeder of baby voor een of twee nachten elders te laten slapen om zo optimale slaapomstandigheden te creëren.³

voorbijgaande aard en zijn dosisafhankelijk. Ook wordt persisterende pulmonale hypertensie bij de neonaat (PPHN) bij SSRI-gebruik tijdens de zwangerschap beschreven met symptomen als blauwe verkleuring en ademhalingsproblemen. Bij het gebruik van een SSRI na de twintigste week van de zwangerschap bestaat er een klein risico op het ontwikkelen van PPHN (0,1%).¹² Na de geboorte wordt de baby de eerste 12-24 uur in het ziekenhuis geobserveerd.^{3,7}

Antidepressiva tijdens de lactatie

Het is niet verstandig om tijdens de kraamperiode met een antidepressivum te stoppen, omdat het risico op het ontstaan van een post-partumdepressie wordt vergroot. Het gebruik van antidepressiva hoeft geen reden te zijn om geen borstvoeding te geven of met de borstvoeding te stoppen. Wanneer er een verhoogd risico bij de moeder bestaat op het ontwikkelen van een post-partumdepressie is het verstandig om voor de partus een overweging te maken of er borstvoeding gegeven kan worden, gezien de fysieke belastbaarheid en het mogelijke risico op slaapdeprivatie bij de moeder (zie het kader 'Slapen').

SSRI's komen beperkt via de moedermelk bij de baby terecht. Als tijdens de lactatieperiode met een SSRI wordt gestart, gaat de voorkeur uit naar sertraline of paroxetine. Bij beide is de relatieve kinddosis kleiner dan 3%. De relatieve kinddosis bij fluoxetine is een stuk hoger, namelijk 10%. Als een vrouw al tijdens haar zwangerschap een SSRI gebruikte, kan zij die tijdens de borstvoeding blijven gebruiken. De kans dat de baby

Take home messages

- Post-partumdepressies komen vaak voor en worden matig (h)erkend en behandeld.
- Het niet behandelen van een depressie tijdens de zwangerschap kan nadelige gevolgen hebben voor moeder en kind zoals een vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een verstoorde hechting.
- Bij de meeste antidepressiva is er geen sterk verhoogd risico op aangeboren afwijkingen bij gebruik tijdens de zwangerschap.
- Betrek altijd het systeem bij de behandeling en zet meerdere interventies in.
- Bij starten van een antidepressivum tijdens de zwangerschap gaat de voorkeur uit naar een SSRI (bij voorkeur citalopram of sertraline) of een TCA (bij voorkeur amitriptyline, clomipramine, imipramine of nortriptyline).
- Als tijdens de lactatieperiode met een SSRI wordt gestart, gaat de voorkeur uit naar sertraline of paroxetine. Als een vrouw al tijdens haar zwangerschap een SSRI gebruikte, kan zij dat continueren tijdens de borstvoeding.
- Als tijdens de lactatieperiode met TCA wordt gestart, gaat de voorkeur uit naar nortriptyline, imipramine en dosulepine.
- Inzichten over het gebruik van psychofarmaca veranderen soms snel, raadpleeg altijd Lareb (www.lareb.nl) voor de laatste informatie.

last krijgt van de SSRI is erg klein. Mogelijke klachten als slecht slapen, sufheid, geïrriteerdheid, veel huilen, koliek, slecht drinken en slecht groeien zijn meestal mild van aard.^{4,9,13}

TCA's kunnen, met uitzondering van doxepine, waarschijnlijk veilig worden gebruikt tijdens de lactatieperiode. De voorkeur gaat uit naar nortriptyline, imipra-

mine en dosulepine omdat met deze TCA's de meeste ervaring is opgedaan. TCA's gaan in kleine hoeveelheden over in de moedermelk. De relatieve kinddosis is laag. De serumconcentraties bij de baby zijn laag of niet aantoonbaar. Tot nu toe zijn er weinig effecten gemeld bij de baby.^{4,6,10}

Duloxetine, trazodon, venlafaxine en mirtazapine kunnen waarschijnlijk veilig worden gebruikt tijdens de borstvoeding. De relatieve kinddosis is laag, alleen bij venlafaxine is deze met 7% wat hoger. Als een vrouw al tijdens haar zwangerschap duloxetine, trazodon, venlafaxine of mirtazapine gebruikte, kan zij dat blijven gebruiken tijdens de borstvoeding. Tot nu toe zijn er bij de baby geen effecten gemeld van duloxetine, trazodon, venlafaxine en mirtazapine. Het is onbekend of bupropion, vortioxetine, mianserine, MAO-remmers en sint-janskruid veilig kunnen worden gebruikt tijdens de borstvoeding; gebruik hiervan wordt daarom afgeraden. Bij het gebruik van antidepressiva in de lactatieperiode is het verstandig de baby de eerste periode te controleren op symptomen als slecht slapen, sufheid, geïrriteerdheid, veel huilen, koliek, slecht drinken en slecht groeien. De kans hierop is klein, maar niet uit te sluiten.^{3,7,12}

Literatuur

1. Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (2022). <http://kcpz.nl/wp/psychiatrie-en-zwangerschap-informatie/geraadpleegd-op-26-1-2022>.
2. Trimbos-instituut (2022). URL: [http://trimbos.nl/kennis/swangerschap-en-depressie/geraadpleegd-op-26-1-2022](http://trimbos.nl/kennis/swangerschap-en-depressie/).
3. McEnvoy KM, Rayapati D, Washington Cole, et al. Poor postpartum sleep quality predicts subsequent postpartum depressive symptoms in a high-risk sample. *J Clin Sleep Med* 2019; 15(9): 1303-10.
4. Lambregtse-van den Berg M, Kamp I, Wennink H. Handboek psychiatrie en zwangerschap. Utrecht: De Tijdstroom, 2015.
5. Dennis C, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 2006; 33 (4): 223-31.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyfarvs.nl.