

Integraal protocol SSRI gebruik in de zwangerschap

Beoordelaars

Expertise groep geboortecentrum Sophia
Staf verloskunde
Staf neonatologie

Doel

Dit medische protocol is bestemd voor artsen (gynaecologen/ ANIOS en AIOS), klinisch verloskundigen, eerstelijns verloskundigen, kraamverzorgenden, betrokkenen van de kindergeneeskunde* IC Neonatologie en beschrijft het beleid bij SSRI gebruik in de zwangerschap

Opgesteld door

Dr. J. van der Kooy, Gynaecoloog perinatoloog Erasmus MC
Dr. H. Bijma, Gynaecoloog perinatoloog Erasmus MC
L. Lagarde, Klinisch verloskundige Erasmus MC
R. Keuken-van Osnabrugge, Manager kliniek verloskunde Erasmus MC
E.H. Ter Riet, Manager Kliniek Verloskunde Erasmus MC
D. Spaanderman-Verkuil, Manager Geboortecentrum Sophia
S. Groenewout-van Ruiven, Opnamecoördinator Verloskunde Erasmus MC
S.R. Kiel, Opnamecoördinator Verloskunde & IC neonatologie Erasmus MC
R. Prins-van den Bogerd, Opnamecoördinator Verloskunde Erasmus MC
M. Roon, Verpleegkundig Specialist Neonatologie Erasmus MC
J. Simonse, Eerstelijns Verloskundige Rotterdam West
M. van Gelder, coördinator VSV Sophia en eerstelijns verloskundige n.p.

Bevoegdheden

De eerstelijnsverloskundige is verantwoordelijk voor partus en observatie kind.
De partusassistente/kraamverzorgende is verantwoordelijk voor postpartum observatie/controle kind.
De klinisch verloskundige of ANIOS/AIOS/gynaecoloog is in principe niet betrokken.
De betrokken kinderarts* is verantwoordelijk voor observatie kind.

Afkortingen en definities

SSRI = Selectieve Serotonine Heropnameremmers
ASD = Atrium Septum Defect
VSD = Ventrikel Septum Defect
PPHN = Persisterende Pulmonale Hypertensie
POL = Poli op locatie

* Betrokken kinderarts kan zijn de Verpleegkundig Specialist, Physician Assistant, Neonatoloog, ANIOS/AIOS, fellow IC Neonatologie

Indicaties

SSRI gebruik in de zwangerschap

Benodigdheden / patiënteninformatie

Folder SSRI gebruik in de zwangerschap

Werkwijze

1. Inleiding

Dit betreft een protocol voor de integrale zorg betreffende SSRI gebruik in de zwangerschap

Prevalentie: SSRI gebruik in de zwangerschap komt steeds vaker voor (ca 3-10%). SSRI's worden gebruikt bij de behandeling van depressieve en angststoornissen.

Ongeveer 3-10% van de zwangere gebruikt een SSRI. Preparaten verschillen in halfwaardetijd van het werkzame middel en de aanwezigheid van actieve metabolieten. Acut stoppen kan leiden tot ontweningsverschijnselen. SSRI's passeren de placenta en de bloed hersenbarrière van de foetus. SSRI's zo laag mogelijk maar wel effectief doseren. Indien een patiënte al goed is ingesteld op een SSRI, dan deze continueren. Indien paroxetine na evaluatie aangewezen blijkt, zo mogelijk niet hoger doseren dan 20 mg per dag. Bij een nieuw te starten SSRI gaat de voorkeur niet uit naar paroxetine.

Effecten van SSRI op de zwangerschap

- Vooralnog zijn er geen harde aanwijzingen om SSRI-gebruik te ontraden op basis van het risico op miskraamrisico, zwangerschaps- en baringscomplicaties.

Neonatale effecten

- Maternaal SSRI-gebruik in het 3e trimester is frequent (25 - 30%) geassocieerd met symptomen van gestoorde neonatale adaptatie. Symptomen ontstaan binnen 1 - 5 dagen na de geboorte en verdwijnen spontaan binnen circa twee weken. Klinische verschijnselen zijn: respiratoire en voedingsproblemen, hypothermie, prikkelbaarheid, veel huilen, hypertonie, slaapproblemen en convulsies
- SSRI's zijn als groep vermoedelijk niet geassocieerd met ernstige aangeboren, structurele of functionele afwijkingen werd recent in een groot literatuuronderzoek aangetoond. In sommige studies wordt een mogelijk verhoogd risico (OR 2 - 3,5 met een absoluut risico van maximaal 1,5%) op foetale cardiale afwijkingen (ASD en VSD) gevonden bij gebruik van een SSRI in het 1e trimester. Bij paroxetine is dit effect mogelijk dosisafhankelijk (dagdosis > 25 mg).
- SSRI-gebruik na de 20e week van de zwangerschap is geassocieerd met een gering verhoogd risico op persisterende PPHN. De incidentie van PPHN bij SSRI's blijft echter zeer laag (0,06 - 0,2%), de mortaliteit is echter hoog (10%).

2. Beleid tijdens zwangerschap

- Bij stabiel psychiatrisch beeld en monotherapie: minimaal eerstelijns obstetrische begeleiding met B/D-indicatie voor partus.
- Bij multitherapie: begeleiding tweede/derde lijn.
- Eerstelijns verloskundige stuurt iedere cliënte met SSRI-gebruik in het eerste trimester naar de gynaecoloog voor een consult
- Inhoud consult gynaecoloog (in samenspraak met voorschrijver SSRI):
 - Inventarisatie of stoppen/afbouwen met SSRI mogelijk is. Staken alleen in overleg met psychiatrisch hulpverlener/voorschrijver
 - In kaart brengen van indicatie, psychiatrische diagnose, eerdere episodes, eerdere opnames, ernst en duur. Familievoorgeschiedenis, behandelvoorgeschiedenis en eerdere recidieven bij stoppen van medicatie (zie voorbeeld intake in bijlage)
 - Bespreek voor-/nadelen van gebruik van SSRI en de onzekere impact op foetale hersenontwikkeling. Bespreek het belang van ontspanning/ leefstijl tijdens de zwangerschap (effect roken op psychiatrische aandoening, bewegen, gezond dieet)
 - Advies paroxetine zo mogelijk in het 1e trimester niet hoger dan 20 mg te doseren
 - Overweeg indicatie prenataal huisbezoek/prenataal stevig ouderschap/aanmelden POPP-MDO (via EMC)
 - Bespreek risico op matige neonatale adaptatie en PPHN en reik folder uit
 - Bespreek het belang van stress-regulatie van de baby en ouder-kind interactie voor de hersenontwikkeling
 - Opstellen van een psychiatrisch peripartum behandelplan
 - Afgeven B/D-indicatie indien mogelijk
- Indien eerstelijns zorg mogelijk is: SEO-onderzoek in eerste lijn. Biometrie bij 30 en 35 weken. B/D-indicatie voor partus ivm observatie neonaat postpartum

3. Beleid tijdens bevalling

- Partus moet minimaal plaatsvinden in het geboortecentrum met B/D-indicatie (gezien het gering toegenomen risico op ontwikkelen van PPHN)
- Ten aanzien van pijnstilling: relatieve contra-indicatie voor pethidine vanwege een toegenomen kans op het ontstaan van serotonerg syndroom. Andere vormen van pijnstilling mogen wel

4. Beleid tijdens nageboortetijdperk

- Kraambed vindt in principe plaats in het geboortecentrum, tenzij er een maternale indicatie is voor een klinisch kraambed (vanwege psychiatrische of somatische redenen)
- Indien moeder psychische klachten krijgt, zal zij als eerste worden beoordeeld door de eerstelijns verloskundige. Zij beslist of er een consult gynaecologie nodig is
- De arts-assistent van de gynaecologie overweegt of een consult psychiatrie nodig is
- Het is verstandig het gebruik van SSRI's in het kraambed te continueren. Dit wordt verder opgevolgd via eigen huisarts of psycholoog, zoals voor de partus al geregeld werd

5. Beleid neonaat

- Na de partus: consult kinderarts* aanvragen door de eerstelijns verloskundige via consultbrief
- De pasgeborene wordt minimaal 12 uur klinisch geobserveerd onder verantwoordelijkheid IC Neonatologie (010-7039290). Dit in verband met het kleine risico op PPHN en om te zien of de transitie goed verlopen is (ademhaling, pols, temperatuur, alertheid, opstart voeding)

- Bij monotherapie neonatale observatie in het geboortecentrum door de kraamverzorgende Controles vinden plaats elke 3 uur. De kinderarts* zal de duur hiervan bepalen. Indien er bijzonderheden zijn zal er direct contact worden opgenomen met de betrokken kinderarts* van de IC Neonatologie (010-7039290)
- Na de eerste neonatale observatie in het geboortecentrum dient de pasgeborene gedurende 3 dagen geobserveerd te worden op symptomen van gestoorde neonatale adaptatie en/of serotonerge onttrekkingsverschijnselen (zie Bijlage Onttrekkingsverschijnselen, folder voor ouders op KMS). Deze observatie kan ook thuis plaatsvinden
- Tijdens de opname van de neonaat wordt vanuit de afdeling kindergeneeskunde de brief “neonatale onttrekkingsverschijnselen” verstrekt aan de ouders.

6. Overzicht rolverdeling prenataal

Eerstelijns verloskundige	Gynaecoloog/ klinisch verloskundige	Manager GCS
Monotherapie en stabiele cliënte: counselingsgesprek + BD/indicatie aanvragen bij gynaecoloog. Cliënte wijzen op inschrijving GCS	Consult: counseling volgens protocol, accorderen BD/indicatie. Dit doorgeven aan eerstelijns verloskundige en manager GCS BDC Z11 bij counselen, Z41 indien ICC PSY	BD noteren in registratiedocument
Multitherapie: verwijzing tweede lijn		

7. Overzicht rolverdeling durante partu

Eerstelijns verloskundige	Kraamverzorgende	Betrokken kinderarts *	Arts-assistent
Meldt aankomst aan kraamverzorgende Geboortecentrum	Partus volgens normaal protocol BD-sticker in partusboek plakken		
Consult kinderarts* direct postpartum (010-7039290). Aanvraag op papier. -Dosering SSRI -Geboortegewicht -Apgar score -Navelstreng pH (bij slechte start afnemen en op SK analyseren: Pidnummer kind nodig)	Geboorte kind: kraamverzorgende vraagt een Pidnummer aan voor het kind via het opname bureau / de OC	DBC 9902 Risico voor neonaat bij maternaal medicatie gebruik. Nakijken neonaat.	
	Noteer a 3 uur observatie van het kind (kleur, alertheid, prikkels, drinken, en symptomen van dyspnoe (tachypnoe, neusvleugelen, intrekken en/of kreunen)) en de pols ademhaling, temp in eigen de status	Is de eerste 12 uur verantwoordelijk voor observatie en zal langskomen voor visite in het geboortecentrum.	
	Neemt contact op met de kinderarts* bij bijzonderheden (010-7039290)		Neemt contact op met psychiatrie bij verslechtering psychische toestand van de moeder op geboortecentrum
Initieert de debriefing met alle betrokkenen en vult debriefing formulier in	Vult debriefing formulier in en bewaart deze in map op GCS		

8. Beleid borstvoeding

- SSRI-gebruik vormt over het algemeen geen contra-indicatie voor het geven van borstvoeding. Er is echter weinig onderzoek verricht naar het direct effect van SSRI's op de pasgeborene. Er zijn geen argumenten om over te gaan op een andere SSRI tijdens de lactatie. Onderzoek naar een verband van SSRI gebruik en psychiatrische stoornissen bij het kind toont geen eenduidige conclusies
- Borstvoeding kan helpen de neonatale onttrekkingsverschijnselen te verminderen
- De relatieve kinddosis is laag (< 3%) voor sertraline, paroxetine en fluvoxamine. Er zijn geen nadelige effecten bij de zuigeling gemeld
- Bij escitalopram en citalopram is de relatieve kinddosis ca. 5%. Bij lage standaard therapeutische doseringen zijn er geen nadelige effecten gemeld. Ten aanzien van escitalopram en fluvoxamine zijn beperkte gegevens beschikbaar, er is echter geen absolute contra-indicatie
- Bij fluoxetine is de relatieve kinddosis hoog (ca. 10%). Door de lange halfwaardetijd kunnen relevante spiegels bij de neonat ontstaan. Effecten die zijn gemeld: braken, diarree, kolieken, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en verminderde gewichtstoename. Bij standaarddoseringen (20mg) zijn de nadelige effecten bij de zuigeling onwaarschijnlijk. Bij hogere doseringen (> 20 mg/dag) dient de zuigeling de eerste maand wekelijks gezien te worden door CJG-arts, huisarts of kinderarts met evaluatie van bewustzijn, drinkgedrag en controle van het gewicht. Als ouders hiertoe niet bereid of in staat zijn dient borstvoeding te worden ontraden
- Bij prematuren bestaat er vanwege een onrijpe lever en daardoor een vertraagde metabolisatie een verhoogd risico op stapeling. Overleg met de kinderarts* bij premature of zieke kinderen is zinvol

Complicaties

PPHN

Aandachtspunten

nvt

Bijlagen

Tabel voor controles en normaalwaardes neonat

Bronvermelding

Psychofarmaca rondom de zwangerschap KMS-protocol.

Bijlage 1: tabel voor controles en normaalwaardes neonaat

	Tijd	Pols	Temp	Ademhaling
1uur post partum				
3uur post partum				
6uur post partum				
9uur post partum				
12uur post partum				

Normaalwaarden kraambed controles neonaat

- Pols: 100-160/min
- Temperatuur: 36,5-37,5 graden Celsius
- Ademhaling 30-60/min
- Bij uitvoeren controles ook observatie: kleur, alertheid, prikkels, drinken, en symptomen van dyspnoe (tachypnoe, neusvleugelen, intrekken en/of kreunen)

Bijlage 2: informatiefolder SSRI gebruik door moeder

Informatiefolder SSRI gebruik door moeder: wat betekent dit voor uw kind

Informatie over onderzoek en observatie na de geboorte en informatie over onttrekkingsverschijnselen bij pasgeborenen na gebruik van SSRI-medicatie door de moeder tijdens de zwangerschap.

Achtergrond

Van uw behandelende arts of psychiater heeft u een zogenaamde SSRI voorgeschreven gekregen. Deze groep medicijnen wordt gebruikt bij de behandeling van depressie, paniekaanvallen, sociale angststoornis, diverse soorten fobieën, dwangstoornis, posttraumatische stress-stoornis en eetstoornissen. SSRI's werken onder andere via de boodschapperstof serotonine. Bij deze aandoeningen lijkt de stemmings- of angst 'thermostaat' ontregeld te zijn en de SSRI's of een ander antidepressivum helpen om die thermostaat weer goed in te stellen en goed ingesteld te houden. Wanneer de aanstaande moeder tijdens de zwangerschap een SSRI-gebruikt, komt er door de moederkoek via de navelstreng ook wat van die medicijnen bij de baby terecht. Naast problemen met de ademhaling en bloedsomloop gedurende de eerste uren na de geboorte is ook de kans op aangeboren afwijkingen verhoogd. Bovendien wordt ook de thermostaat van de baby bijgesteld. Na de geboorte wordt de toevoer van die medicijnen aan de baby plotseling gestopt. Hierdoor kan de pasgeborene ontregeld raken. De verschijnselen die hierbij passen worden wel neonatale onttrekkingsverschijnselen genoemd.

Observatie

Na de geboorte kan het voorkomen dat de pasgeborene last heeft van ademhalingsproblemen. Deze problemen kunnen direct na de geboorte ontstaan en moeten dan ook behandeld worden. De ademhalingsproblemen ontstaan door een verhoogde bloeddruk in de longen van de pasgeborene. De kans hierop is gelukkig klein, namelijk minder dan 1%. Het is echter een ernstige situatie die direct medisch handelen noodzakelijk maakt. Daarom moet uw kind de eerste 12 uur in het ziekenhuis blijven.

Lichamelijk onderzoek

Door het gebruik van SSRI's door moeders tijdens de zwangerschap bestaat er waarschijnlijk een grotere kans op aangeboren afwijkingen. Daarom wordt een uw kind door een arts nagekeken om eventuele aangeboren afwijkingen op te sporen.

Neonatale onttrekkingsverschijnselen

Voordat u met uw kind naar huis mag zal de arts u adviezen geven over onttrekkingsverschijnselen die op kunnen treden bij uw kind.

De verschijnselen die op kunnen treden zijn:

- voedingsproblemen, minder goed drinken
- prikkelbaarheid en meer huilen
- trillerig zijn
- verhoogde spierspanning
- slaapproblemen
- zeer weinig bewegen en weinig reactief zijn
- ondertemperatuur
- kreunende ademhaling
- minder urineproductie

Wanneer treden neonatale onttrekkingsverschijnselen op?

Neonatale ontrekkingsverschijnselen treden meestal binnen 2 tot 4 dagen na de bevalling op en duren maximaal 2 tot 4 weken. In principe kunnen ze optreden bij gebruik van alle soorten SSRI's. Bij gebruik van hogere doseringen met SSRI's is de kans op deze ontrekkingsverschijnselen groter. Ook als de baby te vroeg geboren is, is de kans wat groter. Meestal verdwijnen de verschijnselen spontaan en behoeven geen verdere behandeling. De pasgeborene houdt er, voor zover bekend, geen gevolgen aan over.

Wat te doen?

Het is belangrijk tevoren al geïnformeerd te zijn dat neonatale ontrekkingsverschijnselen kunnen optreden, wat u kunt verwachten en wat u kunt doen. Deze folder helpt u daarbij. Dit geldt ook voor andere betrokkenen zoals verzorgenden en behandelaars (uw verloskundige of huisarts).

Het is noodzakelijk om, met name gedurende de eerste vier dagen na de bevalling, op de bovengenoemde verschijnselen te letten. Wanneer een of meerdere van de bovengenoemde verschijnselen optreden is het belangrijk direct te overleggen met de verloskundige of de huisarts.

Borstvoeding wordt altijd geadviseerd. We weten dat borstvoeding in combinatie met SSRI gebruik op korte termijn geen probleem is voor de pasgeborene. Er zijn geen gegevens over lange termijn effecten. U mag dus borstvoeding geven, tenzij er door uw behandelaars anders is geadviseerd.