

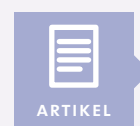
Postpartumpsychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie

R. WESSELOO, K.M. BURGERHOUT, K.M. KOORENGEVEL, V. BERGINK

- ACHTERGROND** Postpartumpsychose is een ernstig ziektebeeld dat ontstaat binnen vier weken post partum na 1 à 2 op de 1000 bevallingen. Patiënten met in de voorgeschiedenis een postpartumpsychose en/of een bipolaire stoornis hebben een sterk verhoogd risico op het ontstaan van een postpartumpsychose.
- DOEL** Bespreken van diagnostiek, behandeling en preventie van postpartumpsychose. Per onderwerp aanbevelingen doen voor de klinische praktijk.
- METHODE** Literatuuronderzoek met PubMed, relevante boeken en naslagwerken.
- RESULTATEN** Bij vermoeden van een postpartumpsychose kan met een psychiatrische opname eventueel gevaar voor moeder en kind worden afgewend en is uitgebreide diagnostiek mogelijk ter uitsluiting van somatische (co)morbiditeit. Antipsychotica, lithium en elektroconvulsietherapie zijn effectieve behandelopties. Het medicamenteuze beleid ter preventie van een recidief van postpartumpsychose verschilt bij patiënten met in de voorgeschiedenis een postpartumpsychose en patiënten met een bipolaire stoornis.
- CONCLUSIE** Een postpartumpsychose vereist een psychiatrische opname waarbij specifieke aandacht dient uit te gaan naar de aanwezigheid van somatische (co)morbiditeit. Door adequate medicamenteuze behandeling herstellen vrijwel alle patiënten met een postpartumpsychose volledig en is de prognose gunstig. Een recidief van een postpartumpsychose is goed te voorkomen met lithiumprofyaxe post partum.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)1, 25-33

TREFWOORDEN behandeling, bipolaire stoornis, diagnostiek, postpartumpsychose, preventie



De postpartumperiode gaat gepaard met een sterk verhoogd risico op het ontstaan van ernstige psychiatrische ziekte. Bij vrouwen met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis ontstaat na 1 à 2 op de 1000 bevallingen een postpartumpsychose (Munk-Olsen e.a. 2006). Bij patiënten met een bipolaire stoornis of een postpartumpsychose in de voorgeschiedenis loopt dit risico op tot 23-44% (Bergink e.a. 2012; Munk-Olsen e.a. 2009). Naast eerder doorge maakte psychiatrische ziekte in de kraamtijd is primipariteit de belangrijkste beschreven risicofactor voor het ontstaan van een postpartumpsychose (Bergink e.a. 2011b; Munk-Olsen e.a. 2006).

Een postpartumpsychose kan zich snel en onvoorspelbaar ontwikkelen en ontstaat binnen vier weken na de bevalling. Echter, meestal manifesteren de symptomen zich al in de eerste week na de bevalling. Na enkele symptoomvrije dagen ontstaan er bijvoorbeeld slaapstoornissen, prikkelbaarheid, ontremming en achterdocht. Vervolgens worden vaak na ongeveer een week ernstiger psychiatrische verschijnselen waargenomen, bijvoorbeeld verwardheid, hallucinaties, wanen, gestoorde realiteitsbeleving, symptomen van manie of depressie en soms ook desorientatie en een wisselend bewustzijn (Bergink e.a. 2011b; Klompenhouwer e.a. 1995).

Diagnostiek en behandeling vinden om veel redenen bij voorkeur plaats tijdens een moeder-kindopname (Meltzer-Brody e.a. 2013), tweede keus is een opname op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Op deze manier wordt eventueel gevaar voortkomend uit suïcidale gedachten of gedachten gericht op infanticide afgewend en kan adequate somatische en psychiatrische diagnostiek plaatsvinden. In sommige gevallen is het aanvragen van een Bopz-maatregel hiervoor noodzakelijk. Naast farmacologische behandeling, zijn het herstellen van de slaaphygiëne, verbeteren van de moeder-kindinteractie en het betrekken van het steunsysteem belangrijke onderdelen van de behandeling.

In dit artikel bespreken wij de diagnostiek, behandeling en preventie van postpartumpsychose aan de hand van recente literatuur. Er worden aanbevelingen gedaan voor de klinische praktijk.

METHODE

Met PubMed zochten wij naar relevante artikelen, waarbij de volgende zoektermen werden gebruikt: 'postpartum, peripartum, postpartum psychosis, bipolar disorder, diagnosis, treatment, prevention'. Daarnaast werd informatie verkregen met relevante handboeken en naslagwerken.

RESULTATEN

Diagnostiek

Postpartumpsychose wordt niet als opzichzelfstaande diagnose beschreven in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Het gevolg hiervan is dat er in publicaties vaak slecht gedefinieerde termen en inconsistente classificaties worden gebruikt. Historisch gezien is postpartumpsychose echter wel vaak als aparte entiteit beschreven met termen zoals 'puerperal insanity' en 'puerperal psychosis'. Hiermee werd al in de klassieke oudheid verwezen naar het plotseling, onverwacht ontstaan van ernstige psychiatrische ziekte in het kraambed (Brockington 1996).

Patiënten met een doorgemaakte postpartumpsychose of een bipolaire stoornis hebben het hoogste risico op een postpartumpsychose (Bergink e.a. 2012; Di Florio e.a. 2013). De meeste patiënten die een postpartumpsychose doormaken, hebben echter een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Bij deze groep is de postpartumpsychose soms de eerste manifestatie van een onderliggende stoornis in het bipolaire spectrum. Retrospectief onderzoek suggereert dat dit bij 35-65% van die vrouwen het geval is (Chaudron & Pies 2003). Hieruit vloeit voort dat bij een substantieel deel van de patiënten die een postpartumpsychose doormaken, uiteindelijk geen bipolaire stoornis wordt gediagnosticeerd. De kwetsbaarheid voor ernstige psychiatrische ziekte beperkt zich in dit geval tot de kraamtijd.

AUTEURS

RICHARD WESSELOO, arts in opleiding tot psychiater en promovendus, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.

KARIN BURGERHOUT, arts in opleiding tot psychiater en promovendus, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.

KATHELIJNE KOORENGEVEL, psychiater, zorglijn Zwangerschapsgerelateerde Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.

VEERLE BERGINK, psychiater, hoofdonderzoeker zorglijn Zwangerschapsgerelateerde Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Richard Wesseloo, Erasmus MC, afd. Psychiatrie, Kamer Dp-0460, 's-Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam.

E-mail: r.wesseloo@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-6-2014.

Het verdient daarom onze voorkeur om bij patiënten die een eerste postpartumpsychose hebben doorgemaakt nog geen bipolaire stoornis te diagnosticeren. De diagnose 'psychose of manie (stemmingsstoornis) niet anderszins omschreven (NAO), begin post partum', is in dit geval een betere diagnostische classificatie. Uiteraard dient de diagnose wel te worden aangepast naar 'bipolaire stoornis' wanneer er een ernstige stemmingsepisode buiten het kraambed optreedt.

Postpartumpsychose wordt over het algemeen beschouwd als een stemmingsstoornis en niet als een primair psychotische stoornis. De term 'postpartumpsychose' kan daardoor enige verwarring geven. Stemmingssymptomen (depressie, manie of een combinatie van beide) behoren namelijk tot de kernsymptomen van postpartumpsychose. Daarnaast is er qua familiale belasting en het beloop overlap met de bipolaire stoornis (Jones & Craddock 2001). Bij vermoeden van een postpartumpsychose dient de huisarts of psychiater uit de eerste lijn de patiënt te verwijzen voor een psychiatrische opname (Spinelli 2009). Het belangrijkste argument hiervoor is dat het gevaar van suïcide en infanticide kan worden afgewend. In het Engelse rapport 'Why mothers die' is beschreven dat er tussen 2000 en 2002 bij 9 van de 26 suïcides post partum sprake was van een psychotische episode. In 5 gevallen was er sprake van een ernstige depressieve episode en in 4 gevallen was er in deze groep naast suïcide ook sprake van infanticide (Lewis & Drife 2004).

Behalve om het gevaar af te wenden biedt een opname de beste mogelijkheden voor snelle diagnostiek en behande-

TABEL 1 Diagnostiek van postpartumpsychose

- Het vermoeden van een postpartumpsychose vormt een opname-indicatie, indien mogelijk een moeder-kindopname.
- Doe navraag naar aanwezigheid van suicide- of infanticidegedachten.
- Stel na een eerste postpartumpsychose de diagnose ‘psychose of manie (stemmingsstoornis) NAO, begin post partum’ en nog niet de diagnose ‘bipolaire I-stoornis’.
- Voer een uitgebreide somatische screening uit, bestaande uit:
 1. Volledig lichamelijk en neurologisch onderzoek.
 2. Urineonderzoek (sediment, op indicatie urinescreening op drugs).
 3. Aanvullend bloedonderzoek: infectieparameters (leukocytengetal, CRP), elektrolyten (inclusief calcium), lever- en nierfunctie, creatinine, ureum, thyroïdstimulerend hormoon (TSH), thyroïdperoxidase(TPO-)antistoffen (schildklierparameters 6 maanden post partum herhalen) en op indicatie de vitaminstatus (B₁, B₁₂ en foliumzuur).
 4. Op indicatie aanvullend onderzoek middels beeldvorming en autoantistofbepalingen in serum en/of liquor (waaronder NMDA-autoantistoffen).

ling, hetgeen van belang is omdat het klinisch beeld van uur tot uur en van dag tot dag vaak sterk kan wisselen. Tijdens opname dienen zo snel mogelijk algemeen lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek te worden uitgevoerd om een onderliggende somatische oorzaak uit te sluiten. Differentiaal diagnostisch moet worden gedacht aan infecties, eclampsie, postpartumthyreoiditis (Bergink e.a. 2011a), paraneoplastische encefalitis (Yu & Moore 2011), primaire hypoparathyreoïdie (Patil e.a. 2010), vitaminedeficiënties (met name van vitamine B₁ en B₁₂ en foliumzuur), cerebrovasculaire accidenten en een drugsgeïnduceerde psychose (Spinelli 2009). Tevens zijn er gevalsbeschrijvingen gepubliceerd over het ontstaan van postpartumpsychose door ureumcyclusstoornissen (Fassier e.a. 2011) en citrullinemie type I (Haberle e.a. 2010).

De kraamtijd is een periode waarin auto-immuunschildklierziekten relatief vaak voorkomen (postpartumthyreoiditis ook wel auto-immun- of hashimoto-thyreoiditis genoemd). Bij vrouwen met postpartumpsychose is er enige aanwijzing voor een verhoogde prevalentie van auto-immuunschildklierziekte vergeleken met een controlegroep kraamvrouwen uit de algemene bevolking (Bergink e.a. 2011a). Het is daarom zinvol om naast de schildklierfunctie (thyroïdstimulerend hormoon; TSH) ook thyroïdperoxidase(TPO-)antistoffen te bepalen. Als deze verhoogd zijn, dient de schildklierfunctie frequent gecontroleerd te worden, zeker als gestart wordt met lithium. Het is zinvol de screening 6 maanden post partum te herhalen omdat schildklierproblemen ook later nog kunnen optreden.

Als er sprake is van cognitieve symptomen, een delierachtig beeld of neurologische symptomen dient men bedacht te zijn op de aanwezigheid van een NMDA-encefalitis (NMDA: N-methyl-D-asparaginezuur) (Shaaban e.a. 2012). Screening op NMDA-antistoffen in serum of liquor is dan geïndi-

ceerd. Verder dient bij een atypische presentatie en/of afwijkingen bij lichamelijk en neurologisch onderzoek laagdrempelig verder onderzoek plaats te vinden middels beeldvorming. Een overzicht met aanbevelingen wat betreft de diagnostiek is opgenomen in **TABEL 1**.

Behandeling

Medicatie is de hoeksteen in de behandeling van een postpartumpsychose. Daarnaast zijn structuur, slaaphygiene, optimalisering van de moeder-kindinteractie en aandacht voor de partner en de familie van de patiënte van groot belang.

MEDICATIE EN ECT

Weinig is bekend over de medicamenteuze behandeling van postpartumpsychose. Er zijn in totaal 11 gevalsbeschrijvingen verschenen en 9 naturalistische studies gedaan waarvan er slechts 3 meer dan 10 patiënten includeerden (Doucet e.a. 2011). Er bestaan dan ook geen specifieke richtlijnen voor de medicamenteuze behandeling van postpartumpsychose. Vanwege de relatie tussen postpartumpsychose en bipolaire stoornis, kan de richtlijn voor de behandeling van acute manie aangehouden worden in de acute fase van een postpartumpsychose. Bij patiënten wij wie reeds een bipolaire stoornis is gediagnosticeerd, is het uiteraard ook van belang om informatie in te winnen over de farmacologische respons ten tijde van eerdere ziekte-episodes.

De meeste patiënten met een postpartumpsychose hebben echter een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. In het Erasmus mc worden deze patiënten al langere tijd succesvol behandeld volgens een vast farmacologisch algoritme. Allereerst wordt gestart met benzodiazepinen. Bij een klein deel van de patiënten leidt herstel van het slaapwaakritme alleen al tot herstel. Tijdens de behandeling

met alleen benzodiazepinen kan verdere diagnostiek plaatsvinden.

Wanneer de psychiatrische symptomen na enkele dagen niet afnemen, wordt gestart met een antipsychoticum. Haloperidol (2-5 mg per dag) is daarbij het middel van eerste keus vanwege de beschreven snelle antimanische effecten (Cipriani e.a. 2011). Daarnaast kent haloperidol relatief weinig interacties, is er veel ervaring met de langetermijneffecten en is het middel in alle toedieningsvormen beschikbaar. Er is helaas nog geen onderzoek gepubliceerd dat specifiek is gericht op het behandelingseffect van andere antipsychotica dan haloperidol bij patiënten met een eerste postpartumpsychose.

Indien behandeling met antipsychotica niet leidt tot sterke klinische verbetering wordt na twee weken lithium toegevoegd (bloedspiegel tussen de 0,8-1,2 mmol/l). Overigens worden benzodiazepinen gedurende de behandeling zo snel als mogelijk geleidelijk afgebouwd. Met dit farmaco-therapeutisch behandelalgoritme bereikte 98% van de patiënten complete remissie (Bergink e.a. ter perse). Als patiënten niet reageren op medicatie of wanneer er sprake is van ernstige katatonie, is elektroconvulsiotherapie (ECT) aangewezen (Babu e.a. 2013).

In de literatuur is er weinig bekend over de medicamenteuze behandeling van postpartumpsychose met depressieve kenmerken, ook wel postpartumdepressie met psychotische kenmerken genoemd. Een depressie met psychotische kenmerken buiten de kraamtijd wordt volgens de richtlijnen voor depressie behandeld. Uit de klinische praktijk komt echter naar voren dat gebruik van antidepressiva bij patiënten in de postpartumperiode kan leiden tot een verslechtering van het psychiatrische beeld (Bergink & Koorengavel 2010; Sharma 2008). Wij raden daarom gebruik van antidepressiva af bij patiënten met een postpartumdepressie met psychotische kenmerken. We adviseren deze groep patiënten te behandelen met een antipsychoticum en lithium (Bergink & Koorengavel 2010). Een andere behandeloptie is ECT (Babu e.a. 2013).

Na complete remissie van psychotische en affectieve symptomen wordt de medicatie gecontinueerd waarbij remissie is opgetreden: bij patiënten die goed herstelden op een antipsychoticum alleen, werd het antipsychoticum als onderhoudsbehandeling gecontinueerd. Bij patiënten behandeld met een antipsychoticum en lithium (omdat zij onvoldoende herstelden op een antipsychoticum alleen) werd het antipsychoticum middels afbouw gestaakt en lithium als onderhoudsbehandeling gegeven.

Het is niet bekend hoelang medicatie (antipsychoticum en/of lithium) na de actieve ziekte-episode dient te worden gecontinueerd. In het Erasmus MC wordt gemiddeld negen maanden na de actieve ziekte-episode begonnen met geleidelijke afbouw van psychofarmaca indien patiënte

stabil is en geen bipolaire stoornis gediagnosticeerd is. Uit ons onderzoek komt naar voren dat een onderhoudsbehandeling met lithium beter beschermt tegen terugval dan een antipsychoticum. We adviseren daarom onderhoudsbehandeling met lithium gedurende minimaal een half jaar (Bergink e.a. ter perse).

BORSTVOEDING

Het geven van borstvoeding wordt in het algemeen ontraden bij vrouwen die opgenomen zijn met een postpartumpsychose. Door het psychotische beeld zijn zij vaak niet in staat op een veilige en adequate wijze hun kind te voeden. Borstvoeding en nachtelijke verzorging van de baby verstoren het slaap-waakritme, hetgeen niet bevorderlijk is voor het herstel of de toestand zelfs kan doen verslechteren. Daarnaast worden psychofarmaca uitgescheiden in de moedermelk (Kupka & Knoppert-van der Klein 2008). Aangeraden wordt geen dopamineagonisten (bromocriptine) voor te schrijven om de melkproductie te remmen omdat dit psychotische verschijnselen kan induceren (Brockington 1996). Als gevolg van het staken van borstvoeding is het extra van belang te letten op de eventuele aanwezigheid van mastitis. Pijnklachten door stuwung kunnen worden behandeld met paracetamol tot 4000 mg/dag.

AANVULLENDE BEGELEIDING

Naast medicamenteuze behandeling, dient structuur geboden te worden middels een rust- en activiteiten-schema. Op moeder-baby-units slapen moeders en baby's gescheiden van elkaar en zijn de activiteiten hoofdzakelijk gecentreerd rondom het (zo nodig onder begeleiding) verzorgen van de baby en het moederschap. Er dient specifieke aandacht te zijn voor de optimalisering van de moeder-kindinteractie (Chandra e.a. 2006). Het is belangrijk de partner te betrekken bij de opname met ondersteuning, psycho-educatie en in de loop van de opname een of meerdere systeemgesprekken. Een overzicht met aanbevelingen wat betreft de behandeling is opgenomen in

TABEL 2.

Preventie

Sinds halverwege de vorige eeuw worden al (voornamelijk observationele) studies gepubliceerd die het hoge risico (25-50%) op een recidief van een postpartumpsychose beschrijven na een volgende bevalling (Paffenbarger Jr & McCabe Jr 1966; Schopf & Rust 1994). Daarnaast zijn studies met grote patiëntenaantallen gepubliceerd die een hoog risico op een nieuwe ziekte-episode post partum beschrijven bij patiënten met een bipolaire stoornis. Ongeveer 1 op de 4 vrouwen met een bipolaire stoornis die voor het eerst zwanger worden, maakt een ernstige episode

TABEL 2 Behandeling postpartumpsychose

1. Overweeg enkele dagen monotherapie met benzodiazepinen. Op deze manier kan het effect van slaaphygiëne worden geëvalueerd en kan diagnostiek plaatsvinden.
2. Start bij geen/onvoldoende afname van psychiatrische symptomen met een antipsychoticum (haloperidol 2-5 mg of een atypisch antipsychoticum).
3. Voeg lithium toe, streefspiëgel 0,8-1,2 mmol/l bij persisterende symptomen, maar ook als terugvalpreventie.
4. Overweeg bij onvoldoende respons op medicamenteuze behandeling elektroconvulsietherapie (ECT). Overweeg bij ernstige katatonie om ECT als eerste behandeling in te zetten.
 - Het voorschrijven van antidepressiva wordt sterk afgeraden, ook als depressieve symptomen op de voorgrond staan (psychotische depressie).
 - Ondersteuning middels dagstructuur en slaaphygiëne zijn van groot belang.
 - Tijdens de opname heeft het de voorkeur borstvoeding te staken in verband met het herstel van slaap-waakritme en de uitscheiding van psychofarmaca in de moedermelk.
 - Let op de eventuele aanwezigheid van mastitis.
 - Start niet met lactatieremmers.
 - Besteed voldoende aandacht aan optimalisering van de moeder-kindinteractie.
 - Ongeveer negen maanden na de actieve ziekte-episode kan ervoor worden gekozen medicatie voorzichtig af te bouwen als patiënte stabiel is en er geen bipolaire stoornis is gediagnosticeerd.

post partum door (Di Florio e.a. 2013; Munk-Olsen e.a. 2009).

Bij patiënten met een eerdere postpartumpsychose en bij patiënten met een bipolaire stoornis is slaapgebrek mogelijk een belangrijke risicofactor voor terugval post partum (Ross e.a. 2005).

Tot op heden is er weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van profylactische behandeling. Retrospectief onderzoek in kleine patiëntengroepen is gedaan met lithium, valproïnezuur en olanzapine. Lithiumprofylaxe resulteerde in lagere recidiefpercentages, valproïnezuur was niet effectief en er is meer onderzoek nodig naar profylaxe met olanzapine om hierover conclusies te kunnen trekken (Doucet e.a. 2011).

In het Erasmus MC werden 70 vrouwen met een hoog risico op postpartumpsychose behandeld in een programma ter preventie van een recidiefepisode (Bergink e.a. 2012). Daarmee bleven 29 vrouwen die een postpartumpsychose hadden doorgemaakt (maar nooit een manie of psychose buiten de kraamtijd) stabiel tijdens hun zwangerschap, zonder medicatie. Vrouwen die meteen na de bevalling startten met lithium of antipsychotica kregen geen van allen een recidief van postpartumpsychose. Bij 44% van de vrouwen die geen preventieve medicatie gebruikten, was wel sprake van psychiatrische terugval. De profylactische medicatie werd tot drie maanden post partum gecontinueerd. Vrouwen met een postpartumpsychose in de voorgeschiedenis (en geen psychose of manie op andere tijden) kunnen dus het beste onmiddellijk na de bevalling starten met profylactische behandeling (eerste keus is lithium)

om terugval te voorkomen. Blootstelling van de foetus aan psychofarmaca kan bij deze patiënten dus worden voorkomen.

Vrouwen met een bipolaire stoornis bleken helaas soms wel instabiel tijdens de zwangerschap, voornamelijk de vrouwen die geen medicatie gebruikten. Na de bevalling kregen juist de vrouwen met een bipolaire stoornis die instabiel waren tijdens de zwangerschap vaker een postpartumpsychose. Onze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat staken van lithium tijdens de zwangerschap gepaard gaat met een verhoogd risico op terugval (Viguera e.a. 2000). Tevens blijkt dat terugval tijdens de zwangerschap een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van een ziekte-episode post partum (Harlow e.a. 2007).

Samenvattend heeft het bij patiënten met een bipolaire stoornis de voorkeur om profylactische medicatie tijdens de zwangerschap te continueren, om de moeder stabiel te houden. Echter, het gebruik van psychofarmaca (en de keuze welke) dient te worden afgewogen tegen de risico's voor het geboren kind.

Wat betreft de stemmingsstabilisatoren is lithium vanwege de laagste kans op teratogeniteit eerste keus (McKnight e.a. 2012). We adviseren valproïnezuur te staken vanwege het hoge risico op neuralebuisdefecten (Knoppert-van der Klein e.a. 1997). Het kan overwogen worden lamotrigine te continueren als patiënten stabiel zijn bij gebruik van deze medicatie. Wat betreft antipsychotica is haloperidol het middel van eerste keus. Tot slot kan in het algemeen worden gesteld: vermijd polyfar-

TABEL 3 Preventie van postpartumpsychose**Patiënten met in de voorgeschiedenis een postpartumpsychose:**

- Vrouwen met een postpartumpsychose in de voorgeschiedenis (en geen psychose of manie op andere tijden) kunnen het beste onmiddellijk na de bevalling starten met profylactische behandeling om terugval te voorkomen.
- De meeste evidentie is er voor het starten met lithium. Bepaal de bloedspiegel op dag 2, 5 en 12 post partum en houd een streefspiegel aan van 0,8-1,2 mmol/l. Bepaal op dag 12 tevens thyroïdstimulerend hormoon (TSH) en TPO-antistoffen.
- Er is ook enige evidentie dat het profylactisch gebruik van een antipsychoticum effectief is.
- Continueer profylactische medicatie in ieder geval tot drie maanden post partum.

Patiënten met een bipolaire stoornis:

- Continueer medicatie tijdens zwangerschap en in de postpartumperiode om het risico op terugval zo laag mogelijk te houden. Echter, weeg het gebruik van deze medicatie (en de keuze welke) af tegen de risico's voor het ongeboren kind.
- Vermijd polyfarmacie en zoek de laagst mogelijke effectieve dosering.
- Staak valproïnezuur of switch naar lithium in verband met het hoge risico op teratogeniteit.
- Wanneer patiënten met een bipolaire stoornis stabiel zijn zonder medicatie voor de zwangerschap, is er geen duidelijke indicatie om in het begin van de zwangerschap zonder psychiatrische klachten alsnog met medicatie te starten. Start bij deze groep in het laatste trimester of direct post partum met profylaxe.
- De meeste evidentie is er voor het starten met lithium. Bepaal de spiegel op dag 2, 5 en 12 post partum en houd een streefspiegel aan van 0,8-1,2 mmol/l. Bepaal op dag 12 tevens TSH en TPO-antistoffen.

macie en zoek naar de laagst effectieve dosering.

Het gebruik van psychofarmaca tijdens de zwangerschap gaat gepaard met een hoog risico (20-30%) op ontweningsverschijnselen bij de pasgeborene. Om deze reden wordt klinische observatie van de pasgeborene gedurende de eerste 48 uur post partum geadviseerd (Kieviet e.a. 2013). Er is geen evidentie voor de meerwaarde van profylactische behandeling tijdens de zwangerschap bij medicatievrije patiënten met een bipolaire stoornis die al langere tijd psychiatrisch stabiel zijn. Bij deze patiënten is er zeker een duidelijke indicatie om direct post partum te starten met lithiumprofylaxe. In de klinische praktijk adviseren we vaak om in de loop van het derde trimester te starten ter voorkoming van terugval door stress en slaapgebrek rondom de bevalling en zodat patiënten post partum sneller een adequate bloedspiegel bereiken. Een overzicht met aanbevelingen wat betreft de preventie is opgenomen in **TABEL 3**.

De met de patiënt gemaakte afspraken kunnen op een gestructureerde manier worden vastgelegd in een behandelplan ter preventie van postpartumpsychose (zie een voorbeeld in **TABEL 4**). Op deze manier is relevante informatie voor alle betrokkenen duidelijk en makkelijk toegankelijk.

CONCLUSIE

Postpartumpsychose is een ernstig ziektebeeld waarbij er een risico bestaat op suïcide of infanticide. Een psychiatrische opname is daarom geïndiceerd, bij voorkeur op een

moeder-babyafdeling. Bij de diagnostiek is het van belang onderscheid te maken tussen patiënten met alleen een postpartumpsychose en patiënten met een bipolaire stoornis. Bij een substantieel deel van de patiënten met een voorgeschiedenis met alleen een postpartumpsychose blijft de kwetsbaarheid voor een (manisch) psychotische ontregeling beperkt tot de postpartumperiode. Daarmee is hun prognose gunstiger dan die van patiënten met een bipolaire stoornis. Daarnaast is het van belang somatische oorzaken van psychose of manie uit te sluiten en bedacht te zijn op de aanwezigheid van somatische comorbiditeit. Medicatie is het belangrijkste onderdeel van de behandeling. Benzodiazepinen, antipsychotica en lithium hebben een plek bij de acute behandeling. Er zijn aanwijzingen dat lithium, in tegenstelling tot een antipsychoticum, effectief is als onderhoudsbehandeling de eerste 9 maanden post partum. Patiënten met in de voorgeschiedenis een postpartumpsychose en/of een bipolaire stoornis hebben een hoog risico op psychiatrische terugval post partum na een volgende zwangerschap. Bij een volgende zwangerschap biedt het starten van profylaxe direct na de bevalling voldoende bescherming tegen psychiatrische terugval bij patiënten met een postpartumpsychose in de voorgeschiedenis. Blootstelling van de foetus aan psychofarmaca kan bij deze patiënten worden voorkómen. Patiënten met een bipolaire stoornis staken bij voorkeur niet de onderhoudsbehandeling tijdens de zwangerschap. Met goede psychiatrische zorg herstellen patiënten met een postpartumpsychose over het algemeen snel en is de prognose gunstig.

TABEL 4 Voorbeeld van een behandelplan ter preventie van een postpartumpsychose

Naam:

Gravida; Para;

Aterme datum:

Psychiatrische diagnose:

Psychiatrische voorgeschiedenis:

Vermeld ook of patiënte klachten had tijdens eerdere zwangerschap of na een eerdere partus.

Somatische diagnose:

Obstetrische voorgeschiedenis:

Vermeld eventuele bijzonderheden tijdens eerdere bevallingen.

Huidige zwangerschap:

Medische complicaties en of patiënte stabiel is tijdens deze zwangerschap.

Medicatie tijdens de zwangerschap:

Huidige medicatie inclusief startdatum, spiegels en mogelijke gevolgen ongebooren kind.

Bevalling:

Vermeld of er een inleiding of sectio is gepland, gemaakte afspraken met betrekking tot pijnstilling en waar de bevalling gaat plaatsvinden. Vermeld ook de naam van de gynaecoloog.

Borstvoeding:

Patiënte geeft wel/geen borstvoeding. Lactatieremmers zijn gecontra-indiceerd.

Verpleegkundige/ partner neemt de nachtvoeding over.

Medicatie na de bevalling:

De eerste avond na de bevalling wordt om lithium / antipsychotica / andere medicatie verhoogd/gestart in een dosering van In het geval van lithium: de spiegel wordt bepaald op dag 2, 5 en 12 post partum. De streefspiegel is tussen 0,8-1,0 mmol/l. Op dag 12 tevens thyroïdstimulerend hormoon (TSH) en vrij thyroxine (ft₄) en TPO-antistoffen bepalen. Slaapmedicatie (middel en dosering) wordt standaard/ op indicatie aangeboden voor de nacht en evt. verhoogd bij slaapproblemen.

Indien medicatie gebruikt werd tijdens de zwangerschap:

De baby zal direct na de bevalling door de kinderarts worden onderzocht i.v.m. psychofarmacagebruik en gedurende ... uur geobserveerd worden op ontweningsverschijnselen. (Bij lithium: in navelstrengbloed zal de lithiumspiegel, TSH, ft₄ en thyroïdstimulerend immunoglobuline (TSI) bepaald worden).

Signaleringsplan:

Nazorg:

Hoe lang medicatie te continueren?

Psychiater Mw.....
(naam patiënte, en handtekening)

Kopie:

- Huisarts
 - Patiënte zelf
- Behandelend gynaecoloog
Behandelaren in de ggz

LITERATUUR

- Babu GN, Thippeswamy H, Chandra PS. Use of electroconvulsive therapy (ECT) in postpartum psychosis - a naturalistic prospective study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 247-51.
- Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengel KM, Steegers EA, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 609-15.
- Bergink V, Burgerhout KM, Koorengel KM, Kamperman AM, Hoogendijk WJ, Lambregtse-van den Berg MP, e.a. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry* [ter perse].
- Bergink V, Koorengel KM. Postpartum depression with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 476-7.
- Bergink V, Kushner SA, Pop V, Kuijpers H, Lambregtse-van den Berg MP, Drexhage RC, e.a. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. *Br J Psychiatry* 2011a; 198: 264-8.
- Bergink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengel KM, Kupka R, Kushner SA. First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2011b; 72: 1531-7.
- Brockington IF. *Motherhood and mental health*: Oxford: Oxford University Press; 1996.
- Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VNGP, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health* 2006; 9: 285-8.
- Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1284-92.
- Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S, e.a.. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011; 378: 1306-15.
- Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, e.a. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *Jama Psychiatry* 2013; 70: 168-75.
- 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: 89-98.
- Fassier T, Guffon N, Acquaviva C, D'Amato T, Durand DV, Domenech P. Misdiagnosed postpartum psychosis revealing a late-onset urea cycle disorder. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 576-80.
- Haberle J, Vilaseca MA, Meli C, Rigoldi M, Jara F, Vecchio I, e.a. First manifestation of citrullinemia type I as differential diagnosis to postpartum psychosis in the puerperal period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 149: 228-9.
- Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, Cnattingius S, Joffe H, Hultman CM. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 42-48.
- Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 913-7.
- Kieviet N, Dolman KM, Honig A. The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 1257-66.
- Klompenhouwer JL, van Hulst AM, Tulen JHM, Jacobs ML, Jacobs BC, Segers F. The clinical features of postpartum psychoses. *Eur Psychiatry* 1995; 10: 355-67.
- Knoppert-van der Klein EA, Kolling P, van Gent EM, van Kamp IL. Consequenties van een bipolaire stoornis en gebruik van stemmingsstabilisatoren voor het beleid rond zwangerschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 1960-5.
- Kupka RW, Knoppert-van der Klein EAM. *Handboek bipolaire stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Lewis G, Drife JO. *Why mothers die 2000-2002: The Sixth Report of the Confidential Enquiries Into Maternal Deaths in the United Kingdom*. Londen: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Press; 2004.
- McKnight RF, Adida M, Budge K, Stockton S, Goodwin GM, Geddes JR. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 721-8.
- Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, Burns L, Raines C, Bullard E, e.a. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2013; 17: 107-13.
- Munk-Olsen T, Laursen T, Pedersen C, Mors O, Mortensen P. New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582-9.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen P. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 189-95.
- Paffenbarger Jr RS, McCabe Jr LJ. The effect of obstetric and perinatal events on risk of mental illness in women of childbearing age. *Am J Public Health Nations Health* 1966; 56: 400-7.
- Patil NJ, Yadav SS, Gokhale YA, Padwa N. Primary hypoparathyroidism: psychosis in postpartum period. *J Assoc Physicians India* 2010; 58: 506-8.
- Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *J Psychiatry Neurosci* 2005; 30: 247-56.
- Schopf J, Rust B. Follow-up and family study of postpartum psychoses - Part I: Overview. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994; 244: 101-11.
- Shaaban HS, Choo HF, Sensakovic JW. Anti-NMDA-receptor encephalitis presenting as postpartum psychosis in a young woman, treated with rituximab. *Ann Saudi Med* 2012; 32: 421-3.
- Sharma V. Treatment of postpartum psychosis: challenges and opportunities. *Curr Drug Saf* 2008; 3: 76-81.

- Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. Am J Psychiatry 2009; 166: 405-8.
- 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: 179-84.
- Yu AY, Moore FG. Paraneoplastic encephalitis presenting as postpartum psychosis. Psychosomatics 2011; 52: 568-70.

SUMMARY

Postpartum psychosis in clinical practice: diagnostic considerations, treatment and prevention

R. WESSELOO, K.M. BURGERHOUT, K.M. KOORENGEVEL, V. BERGINK

BACKGROUND Postpartum psychosis is a severe psychiatric disease which occurs in the early postpartum period after 1 - 2 per 1000 deliveries. Patients with a history of postpartum psychosis and/or bipolar disorder are at extreme high risk of relapse postpartum.

AIM To discuss diagnostic considerations, treatment and the prevention of postpartum psychosis, and to give clinical recommendations.

METHOD Literature search with PubMed and relevant textbooks.

RESULTS Inpatient psychiatric admission enables the clinician to ensure the safety of mother and baby, perform physical and neurological examination, and laboratory analysis to exclude known organic causes for acute psychosis. Antipsychotic and lithium and ECT are effective treatment options. Women with postpartum psychosis compared to those with bipolar disorder had a substantial difference in their clinical outcomes and prophylaxis requirements.

CONCLUSION Inpatient screening for somatic (co)morbidity is essential in patients with postpartum psychosis. With adequate treatment, almost all patients achieve complete remission and the prognosis is optimistic. Initiation of prophylaxis immediately postpartum in women with a history of postpartum psychosis with lithium was highly effective for preventing postpartum relapse.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)1, 25-33

KEY WORDS bipolar disorder, diagnosis, postpartum psychosis, prevention, treatment