

## Antidepressiva (N) SSRI en TCA gebruik en zwangerschap - VSV obstetrie (Versie 4)

### Toepassingsgebied

Medisch protocol te gebruiken door verloskundigen, obstetrieverpleegkundigen en kinderverpleegkundigen, kinderartsen en gynaecologen.

### Definities en afkortingen

- **PPHN**: Persistierende Pulmonale Hypertensie van de Neonaat
- **SSRI**: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor oftewel specifieke serotonine heropname remmer. Remmen specifiek de heropname van serotonine uit de synapspleet waardoor de werking van serotonine wordt verlengd. Serotonine is een neurotransmitter en heeft invloed op stemming en emoties. Een tekort aan serotonine kan angstgevoelens en futloosheid veroorzaken. Zie patiëntenfolder. Zie observatie pasgeborene na maternaal SSRI-gebruik.
- **SNRI**: Selective serotonin and noradrenalin reuptake inhibitor, oftewel selectieve serotonine en noradrenaline heropnameremmers. Remmen naast de heropname van serotonine ook de heropname van noradrenaline. Daarom worden ze ook wel duale reuptake remmers genoemd
- TCA: tricyclische antidepressie, TCA's zijn o.a.: mirtipryline, clomipramine, imipramine, nortriptyline, doxepine
- ETSEO = 13 weken echo
- TTSEO = 20 weken echo

### Medicamenten

Stofnaam	Merknaam
Citaloprolam	Cipramil®
Fluvoxamine	Fevarin®
Fluoxetine	Prozac®
Paroxetine	Seroxat®
Sertraline	Zoloft®
Trazodon	Trazolan®
Venlafaxine	Efexor®
Amitriptyline	Sarotex®
Clomipramine	Anafranil®
Imipramine	Tofranil®
Notriptyline	Nortrilen®

### Doelstelling

Eenduidig beleid te maken voor alle zwangere vrouwen die antidepressiva gebruiken tijdens de zwangerschap. Zie ook de patiëntenfolder. Zie ook observatie pasgeborene na maternaal SSRI-gebruik.

### Indicatie/ contra-indicatie

#### Indicatie

Alle zwangeren die antidepressiva gebruiken tijdens de zwangerschap en /of lactatie.

#### Contra-indicaties

- Gevolgen voor de zwangerschaps- en baringsuitkomsten: effecten zijn laag tot zeer laag. - - Gevolgen voor het kind: er is geen goed onderzoek beschikbaar naar de teratogene effecten van SSRI's. Meer informatie over de teratogene effecten die bekend zijn van specifieke medicatie is te vinden op [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) onder tabblad 'zwangerschap'.

### Aandachtspunten

De volgende overwegingen zijn belangrijk bij de behandeling van een (mogelijke) zwangere vrouw met een depressie:

1. Het niet behandelen van een depressie tijdens de zwangerschap kan nadelige effecten hebben voor moeder en kind, zoals een vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht, het verergeren van de depressie.
2. Bij starten van medicatie gaat de voorkeur uit naar een selectieve serotonineheropnameremmer (bij voorkeur fluoxetine, citalopram of sertraline) of een tricyclisch antidepressivum (bij voorkeur amitriptyline, clomipramine, imipramine of nortriptyline).
3. Als medicatie bij een vrouw met een kinderwens noodzakelijk is, kan de bestaande therapie worden voortgezet of het antidepressivum worden omgezet naar een middel waarmee meer ervaring is opgedaan. Bij deze afweging spelen de indicatie en de ernst van de klachten, de respons op huidige medicatie en de eventuele wens om borstvoeding te geven een rol.
4. Abrupt stoppen met een antidepressivum of het wisselen van medicatie tijdens de zwangerschap verhoogt het risico op een terugkeer van de depressie. Wissel daarom van antidepressivum vóór de conceptie. Abrupt stoppen of omzetten tijdens de zwangerschap wordt afgeraden.

De farmacokinetiek van SSRI's en TCA's verandert in de zwangerschap. Deze kunnen in het tweede en vooral het derde trimester dalen. Soms is een dosisverhoging noodzakelijk. Na de zwangerschap kan de spiegel ook weer veranderen. Controleer daarom met enige regelmaat de geneesmiddelspiegels.

Bij TCA gebruik tijdens de zwangerschap kunnen ook onthoudingsverschijnselen ontstaan. Daarnaast kunnen ook anticholinerge bijwerkingen bij de neonat aanwezig zijn zoals urineretentie en obstipatie.

## Werkwijze

### Preconceptionele periode

- Er bestaat geen duidelijke voorkeur voor een bepaald antidepressivum.
- Indien een patiënte al goed is ingesteld op een bepaald antidepressivum, dan deze continueren.
- SSRI's zo laag mogelijk maar wel effectief doseren. Indien een patiënt nog niet zwanger is hebben citalopram of sertraline de voorkeur binnen de SSRI's om mee te starten. Binnen de TCA's zijn dit amitriptyline, clomipramine, imipramine of nortriptyline.
- Indien voor Paroxetine wordt gekozen, zo mogelijk, niet hoger doseren dan 20 mg /dag.
- Preconceptioneel advies wordt bij voorkeur verricht door een arts met specifieke kennis over het psychiatrische ziektebeeld, de noodzaak en de risico's van het gebruik van de antidepressiva in de zwangerschap (voor moeder en kind) en alternatieve behandelingsopties.
- 

### Zwangerschap

- Opstellen van een behandelplan voor de patiënte binnen een "multidisciplinair" overleg ( denk aan 1e lijns verloskundige/ verloskundig huisarts, gynaecoloog, kinderarts en/of psychiater).
- Voeren van eenduidig beleid aan de hand van het behandelplan.
- Psychiatrische controles zoveel mogelijk bij de eigen behandelend huisarts / psychiater.
- Afhankelijk van de aard van de psychiatrische aandoening en/of andere medische redenen vinden de zwangerschapscontroles plaats in de 1e, 2e of 3e lijn.
- Routine prenataal onderzoek naar aangeboren afwijkingen (structureel echoscopisch onderzoek, ETSEO & TTSEO) volstaat.
- Goede voorlichting over (plaats van de) bevalling, kraambed en het risico op het optreden van matige neonatale adaptatie en PPHN (persistent pulmonary hypertension of the newborn).
- Consult lactatiekundige aanbieden

### Bevalling

- Gezien het toegenomen risico op ontwikkelen PPHN wordt aangeraden om minimaal met een plaatsindicatie (B-D indicatie: bevalling onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige of verloskundig actieve huisarts) te bevallen.
- De pasgeborene wordt minimaal 24 uur tot 48 uur klinisch geobserveerd (onder verantwoordelijkheid van de kinderarts) in verband met het risico op PPHN, in principe op kraamafdeling. De kinderarts bepaald wanneer de pasgeborende met ontslag mag. Dit kan na 12, 24, 36, 48 uur na de partus zijn.
- Kind op naam kinderarts.
- Consult kinderarts--> deze komt de ochtend na de partus.

### Kraambed

## Beleid moeder:

- Continueren SSRI/ NRSI
- Borstvoeding kan gestart of gecontinueerd worden. Dit geldt alleen **niet** voor doxepine, dit middel wordt afgeraden ivm ernstige bijwerkingen. Advies om in dat geval kunstvoeding te starten.
- Indien patiënte poliklinisch bevalt wordt zij na de partus klinisch opgenomen.

## Beleid pasgeborene:

- Observeren van pasgeborene op ontweningsverschijnselen door middel van de observatie via de lijst in EVD 6-12-18-24-30-36-48 uur na de geboorte. Daarna, bij ongecompliceerd beeld verdere observatie thuis na akkoord kinderarts.
- De eerste drie dagen dient de pasgeborene geobserveerd te worden op symptomen van neonatale adaptie of serotonerge onttrekkingsverschijnselen door geïnstrueerde en geïnformeerde zorgverleners of ouders (dit kan ook thuis).
- Geef de ouders de patiëntenfolder mee over SSRI gebruik tijdens de zwangerschap. (zie bijlage)

## Nazorg/afwerking

- Staken van SSRI-gebruik leidt bij 75% van de vrouwen tot een terugkeer of verergering van de depressie. Depressie tijdens de zwangerschap heeft een grote voorspellende waarde (>50%) voor het optreden van een postpartum depressie.
- Melden LAREB: bij aangeboren afwijkingen en/of onttrekkingsverschijnselen. ([www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) of tel. 073-6469700)
- Bij vragen: RIVM/teratologie-informatiecentrum (dagelijks behalve maandagochtend van 9.30 tot 12.30, 's middags van 13.30 tot 16.00 uur. tel. 030-2742017)

## Verslaglegging

- Rapporteer alle observaties in EVD.
- Vul de controlelijst "observatie na maternaal SSRI gebruik" in

## Theoretische achtergronden

- Onttrekkingsverschijnselen: tremor, gastro-intestinale ontregeling, slaapontregeling, hypertonie, hoog huilen, cyanotische perioden, voedingsproblemen, verhoogde motorische activiteit en prikkelbaarheid.
- PPHN (Persisterende Pulmonale Hypertensie van de Neonaat): hierbij daalt de pulmonale vaatweerstand niet of onvoldoende na de geboorte. Verschijnselen treden op binnen enkele uren na de geboorte: cyanose, tachy- en dyspnoe en circulatoir falen.
- Serotonerge verschijnselen: ademhalingsdepressie, sufheid, hypotonie, voedingsproblemen en hypothermie.

## Literatuur en Bronvermeldingen

- Richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie. NVOG, 2012
- Maternaal SSRI gebruik, beleid bij neonaat. Richtlijnen afdeling neonatologie UMCG.
- Gevolgen SSRI-gebruik zwangeren bij de pasgeborene in de eerste 48 uur post partum. Tijdschr. Kindergeneeskd. 2007; 75: nr 4
- Geneesmiddelenbulletin 2007; 59-69
- SSRI-gebruik in de zwangerschap en bij borstvoeding. Ned. tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie, vol. 121, april 2008
- SSRI-gebruik tijdens de zwangerschap. Praktische Pediatrie / nummer 2 / juni 2008
- Beknopte samenvatting van de richtlijn SSRI gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie ( Emmen).

## Bijzonderheden

- De eerste drie dagen dient de pasgeborene geobserveerd te worden op symptomen van neonatale adaptatie of serotonerge onttrekkingsverschijnselen door geïnstrueerde en geïnformeerde zorgverleners of ouders (dit kan ook thuis). Voor observatielijst zie bijlage.
- Het is verstandig het gebruik van SSRI in het kraambed te continueren.
- Borstvoeding kan gestart of gecontinueerd worden.

- Er zijn geen argumenten om over te gaan op een andere antidepressivum tijdens de lactatie.

## **Bijbehorende documenten**

### **Bijlage informatie voor ouders:**

[https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde\\_documenten/f/12272/Patientenbrochure%20SSRI%20voor-tijdens%20zwangerschap%20-%20kraambed.pdf](https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/12272/Patientenbrochure%20SSRI%20voor-tijdens%20zwangerschap%20-%20kraambed.pdf)

Auteur: Rianne Knol-Karsies

Datum: Juli 2022