

Zwangere met psychiatrische stoornis kan stoppen met roken

Mirte Smit, Ellen J. Jongedijk, Marion H.B. Heres, Koert M. Dolman en Adriaan Honig

Dames en Heren,

Roken onder zwangeren komt frequent voor: 10% van alle Nederlandse zwangeren rookt.¹ Zwangeren met een depressieve stoornis roken zelfs 4 keer vaker dan zwangeren zonder psychiatrische stoornis,² dus naar verwachting rookt 40% van hen. De meest voorkomende psychiatrische stoornissen tijdens de zwangerschap en post partum zijn depressie en angststoornissen. Omdat roken tijdens de zwangerschap negatieve gevolgen heeft voor het ongeboren kind, wordt aangeraden te stoppen. Ten onrechte wordt verondersteld dat stoppen met roken gerelateerd is aan een risico op een toename of op het opnieuw optreden van de psychiatrische symptomen.³ Er is beperkt onderzoek verricht naar de effectiviteit van interventies die kunnen resulteren in stoppen met roken tijdens de zwangerschap. Ook zijn er nagenoeg geen gegevens bekend over stoppen door zwangere patiënten met een psychiatrische stoornis. Wegens dit gebrek aan onderzoeksgegevens en de vrees voor een mogelijke toename van de psychiatrische klachten, is de kans groot dat deze groep zwangeren geen of onvoldoende begeleiding krijgt tijdens het stoppen met roken, met potentieel ernstige gevolgen voor het kind.

De Psychiatrie-Obstetrie-Pediatrie (POP)-polikliniek van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam is een expertise- en adviescentrum waar we regelmatig zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis zien die roken. Aan de hand van 2 casussen willen wij laten zien dat deze groep patiënten wel degelijk kan en moet stoppen met roken.

Patiënt A is een 28-jarige vrouw, gravida 1, para 0, die naar de POP-poli kwam voor advies over het gebruik van antidepressieve medicatie tijdens de zwangerschap. Zij was 21 weken zwanger. De zwangerschap was ongepland maar wel gewenst. Ze had sinds de puberteit een recidiverende depressieve stoornis met paniekaanvallen. Hiervoor kreeg ze paroxetine 20 mg 1 dd, waarna de klachten volledig verdwenen. Omdat ze iedere keer een recidief van de depressie kreeg als ze deze medicatie staakte, bleef patiënte langdurig paroxetine gebruiken met goed resultaat. Vóór de zwangerschap rookte ze 20-30 sigaretten per dag. Omdat patiënte vreesde voor eventuele schade voor haar ongeboren kind, halveerde zij op eigen initiatief

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

Afd. Kindergeneeskunde: drs. M. Smit, anios kindergeneeskunde; dr. K.M. Dolman, kinderarts.

Afd. Psychiatrie: drs. E.J. Jongedijk, anios psychiatrie; prof.dr. A. Honig, psychiater (tevens:

VUmc, afd. Psychiatrie, Amsterdam).

Afd. Gynaecologie: dr. M.H.B. Heres, gynaecoloog.

*Contactpersoon: prof.dr. A. Honig
(a.honig@slaz.nl).*

UITLEG

'Minimale interventiestrategie stoppen met roken voor de verloskundigenpraktijk' (V-MIS)

Dit is een minimale interventiestrategie die speciaal ontwikkeld is voor verloskundigen om zwangeren te begeleiden bij het stoppen met roken. Ze gaat uit van de fase van gedragsverandering waarin de rokende vrouw zich verkeert. Het stappenplan bestaat uit (a) het vaststellen van het motivatieniveau en de nicotineafhankelijkheid; (b) het verhogen van het motivatieniveau; (c) het bespreken van barrières; (d) het afspreken van een stopdatum; (e) het aanbieden van de zelfhulpvideo; (f) een postpartuminterventie gericht op terugvalpreventie.

de dosering paroxetine, en stopte zij direct en zonder hulpmiddelen met roken.

Tijdens het consult bleek dat zij sinds enkele weken weer klachten had van somberheid, niet kon genieten van de zwangerschap en paniekaanvallen had. Zij was in de afgelopen weken opnieuw gaan roken, 10 sigaretten per dag, omdat ze zich waardeloos voelde en meende toch al een slechte moeder te zijn. Wij stelden de diagnose 'recidiefdepressie met paniekaanvallen'. Vanwege het eerdere goede resultaat adviseerden wij haar huisarts om de dosering van paroxetine te verhogen. Wij legden uit dat er geen relatie bestaat tussen de paroxetinedosering en het optreden van congenitale afwijkingen of ontwenning. Daarnaast adviseerden we patiënte om opnieuw te stoppen met roken met behulp van haar verloskundige, die ervaring had met de 'Minimale interventiestrategie stoppen met roken voor de verloskundigenpraktijk' (V-MIS). Deze is gericht op motivatie, het mobiliseren van steun in de omgeving en het weerleggen van excuses om niet te stoppen met roken (zie uitlegkader).

Na enkele weken voelde patiënte zich beter en zelfverzekender, en was zij met behulp van V-MIS opnieuw met succes gestopt met roken. Ook tijdens het kraambed rookte ze niet.

Patiënt B is een 35-jarige vrouw, gravida 2, para 1. Sinds 1 jaar had ze een posttraumatische stressstoornis met depressieve symptomen waarvoor zij cognitieve gedragstherapie (CGT) kreeg, met goed effect. Toen zij 14 weken zwanger was, kwam ze naar de POP-poli. Ze rookte ongeveer 20 sigaretten per dag, maar op advies van haar huisarts was ze daarmee vóór de conceptie gestopt. Ze kreeg nog CGT. Gedurende de zwangerschap kreeg patiënte herbelevingen van het eerdere trauma en ook paniekaanvallen. Om zich rustiger te voelen was zij opnieuw gaan roken, gemiddeld 5 sigaretten per dag. Patiënte was door haar verloskundige en huisarts op de hoogte gebracht van de gevaren van roken tijdens de

zwangerschap en ze gaf aan te willen stoppen.

Gezien de toename van klachten ondanks CGT bestond er een goede indicatie om te starten met medicamenteuze behandeling. Omdat patiënte niet eerder antidepressieve medicatie had gebruikt, was er geen voorkeur voor een specifiek antidepressivum. Wij adviseerden bupropion, een antidepressivum dat niet gecontra-indiceerd is tijdens de zwangerschap en dat tevens geregistreerd is voor farmacologische ondersteuning bij stoppen met roken. Vanaf de 2e zwangerschapstermijn is er geen risico meer op aangeboren afwijkingen.

Zij stopte met roken op de 15e dag na het starten van bupropion, ondersteund door de huisarts en met behulp van een 'Online stopadvies' van Stivoro (bron: www.stivoro.nl). Bij het postpartumconsult op de POP-poli rookte ze tot haar opluchting nog steeds niet.

BESCHOUWING

Tijdens consultatie op de POP-poli adviseerden wij vrouwen met psychiatrische klachten die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn en die roken, om hiermee te stoppen. Wanneer de psychiatrische klachten adequaat behandeld zijn, is het eenvoudiger te stoppen met roken. Om blootstelling van de ongeboren vrucht aan nicotine tot een minimum te beperken is ons advies om gelijktijdig de psychiatrische stoornis te behandelen en de patiënt te laten stoppen met roken. Gezien de optimale motivatie van zwangeren om te stoppen vergeleken met niet-zwangeren,⁴ is dit naar onze mening een haalbare optie. Dit wordt ook onderschreven door deze casussen.

ROKEN EN DE FOETUS

Roken tijdens zwangerschap kan zowel op korte als op lange termijn nadelig gevolgen voor het kind hebben. Het heeft een negatief effect op de foetale groei en geeft een verhoogde kans op een miskraam, abruptio placentae, groeiachterstand en vroeggeboorte.² Een laag geboortegewicht kan worden beschouwd als een maat voor de negatieve effecten van roken tijdens de zwangerschap.² Als een zwangere naast tabak ook psychofarmaca gebruikt, neemt de kans op het ontstaan van ontwenningverschijnselen bij de pasgeborene toe.⁵ De langetermijngevolgen van roken voor het kind zijn onder andere adipositas, diabetes mellitus type 2,⁶ en het ontwikkelen van verschillende risicofactoren voor hart- en vaatziekten.⁷

BEHANDELING PSYCHIATRISCHE STOORNIS TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Depressie en andere psychiatrische stoornissen worden vaak niet alleen behandeld met cognitieve gedragstherapie maar ook met antidepressiva. Voor het gebruik van deze medicatie tijdens de zwangerschap moet een duide-

lijke afweging worden gemaakt. Enerzijds moet gekeken worden of er een goede indicatie bestaat voor het gebruik. Anderzijds moeten de licht toegenomen kans op congenitale afwijkingen en het mogelijk optreden van ontwenning bij de neonat afgewogen worden tegen het gunstige effect op de psychische en fysieke gezondheid van moeder en kind.⁸

INTERVENTIES VOOR STOPPEN MET ROKEN BIJ ZWANGEREN

Hoewel rokers met een psychiatrische stoornis goed gemotiveerd zijn, blijkt het voor deze groep patiënten toch moeilijker daadwerkelijk te stoppen dan voor rokers zonder psychiatrische stoornis.⁴ Van deze laatste groep stopt 31% gedurende 1 jaar, terwijl dat voor 14% van de patiënten met een psychiatrische stoornis geldt.⁹

Interventies voor stoppen met roken die effectief zijn voor de algemene populatie blijken ook effectief voor patiënten met psychiatrische klachten.¹⁰ Wij menen daarom dat interventies die bewezen effectief zijn voor zwangeren die roken ook effectief kunnen zijn voor zwangeren met psychiatrische klachten die roken, mits die psychiatrische klachten adequaat en liefst gelijktijdig behandeld worden.

Counseling Recent onderzoek heeft uitgewezen dat counseling een effectieve interventie is voor stoppen met roken.¹⁰ Hierbij wordt de motivatie van de patiënt geëxploreerd, informatie geboden en worden praktische adviezen gegeven, vergelijkbaar met de beschreven 'Minimale interventiestrategie stoppen met roken voor de verloskundigenpraktijk'.¹

Cognitieve gedragstherapie In een Cochrane-review uit 2009 werden 29 studies geanalyseerd die het effect van CGT op stoppen met roken beschreven. Hoewel de risicoratio op het stoppen met roken na CGT niet groter was dan 1,05 (95%-BI: 1,03-1,07), hadden kinderen van moeders die waren behandeld met CGT een hoger geboortegewicht dan pasgeborenen van onbehandelde rooksters uit de controlegroep: ze wogen gemiddeld 33% meer ($p = 0,0081$).²

Nicotinevervangende therapie Vergeleken met placebo is nicotinevervangende kauwgom niet significant effectiever, maar de kauwgom is wel geassocieerd met een significant lagere kans op dysmaturiteit (18 vs. 2%, $p < 0,001$) en een 10% hoger geboortegewicht (2950 vs. 3287 g, $p < 0,001$).¹¹ Nicotinevervangende pleisters kunnen wel leiden tot een grotere vermindering van het aantal gerookte sigaretten tijdens de zwangerschap vergeleken met placebo. In een studie resulteerde behandeling met nicotinevervangende pleisters in een reductie van 52% van de urineconcentratie cotinine, een metabooliet van nicotine; placebobehandeling gaf een afname van slechts 23%.¹² Over de veiligheid van nicotinevervangende therapie zijn weinig gegevens beschikbaar, maar er zijn voor-

- Roken tijdens de zwangerschap komt frequent voor en is gerelateerd aan complicaties in de neonatale periode en op latere leeftijd.
- Vrouwen met psychiatrische problemen roken vaker tijdens de zwangerschap dan zwangeren zonder psychiatrische stoornis.
- Rokers met een psychiatrische stoornis hebben meer moeite om te stoppen met roken, maar de motivatie om te stoppen is bij deze groep niet minder dan bij andere rokers.
- Stoppen met roken leidt niet tot een toename van psychiatrische symptomen; wanneer de psychiatrische klachten adequaat behandeld zijn, is het bovendien eenvoudiger te stoppen.
- Een combinatie van adequate psychiatrische behandeling en ondersteuning bij het stoppen met roken lijkt de juiste manier om vrouwen met psychiatrische klachten die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn te begeleiden.

alsnog geen aanwijzingen dat deze een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen geeft.

Medicatie Er zijn 2 geregistreerde medicamenten voor stoppen met roken: bupropion en varenicline. De effectiviteit van bupropion is bij een zeer beperkt aantal zwangeren onderzocht ($n = 11$), waarbij geen significant verschil maar wel een trend ($p = 0,064$) richting positieve effectiviteit werd gezien vergeleken met een groep behandeld met citalopram of escitalopram ($n = 17$). Het resultaat verschilde niet significant van dat van de controlegroep zonder depressie ($n = 28$).¹³ In een algemene populatie rokers werd wel een significant effect van bupropion gezien.¹⁰ Blootstelling aan bupropion in utero is niet gerelateerd aan een significant verhoogde kans op aangeboren afwijkingen. Vareniclinegebruik tijdens de zwangerschap wordt afgeraden.

Er is ons 1 onderzoek bekend waarin specifiek is gekeken naar het verschil in effectiviteit tussen 2 interventies voor stoppen met roken bij zwangeren met en zonder depressieve symptomen.¹⁴ CGT werd vergeleken met adviesgesprekken gericht op gezondheid en welzijn, waarbij beide interventies in gelijke mate adviezen over stoppen met roken bevatten. Na 6 maanden had CGT meer effect op zowel de depressie als op het stoppen met roken (gemeten door middel van interviews en de cotinine- en koolmonoxideconcentraties) dan de adviesgesprekken. Dit gold echter niet voor zwangeren zonder voorgeschiedenis van depressie; bij deze vrouwen hadden juist de adviesgesprekken meer effect. Een combinatie van behandeling van de psychiatrische aandoening met een behandeling gericht op stoppen met roken lijkt dus meer kans van slagen te hebben dan behandeling voor stoppen met roken alleen.

Dames en Heren, veel zwangeren roken tijdens de zwangerschap, ondanks de nadelige gevolgen voor het kind. Patiënten met een psychiatrisch probleem roken zelfs aanzienlijk vaker. Ondanks het beperkte wetenschappelijk bewijs menen wij dat het wel degelijk mogelijk is om deze groep patiënten te motiveren en te ondersteunen bij het stoppen met roken. Ook als er niet gestopt maar minder gerookt wordt, worden gunstige effecten op het geboortegewicht van het kind gezien, een maat voor de negatieve effecten van het roken. Behandeling van de psychiatrische klachten lijkt de kans op stoppen te vergroten. Wij adviseren daarom iedere zwangere vrouw met psychiatrische klachten die rookt een combinatie aan te bieden van adequate psychiatrische behandeling

en ondersteuning bij het stoppen met of verminderen van het roken. Op deze manier wordt een zo gunstig mogelijke uitkomst voor moeder en kind bewerkstelligd.

Chantal Den Haan, medisch informatiespecialist in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, hielp bij de dataverzameling.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 juni 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A3887

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- Lanting CI, Buitendijk SE, Crone MR, Segaar D, Bennebroek Gravenhorst J, van Wouwe JP. Clustering of socioeconomic, behavioural, and neonatal risk factors for infant health in pregnant smokers. *PLoS ONE*. 2009;4:e8363.
- Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD001055.
- Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY, et al. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning. *Am J Public Health*. 2008;98:446-8.
- Acton GS, Prochaska JJ, Kaplan AS, Small T, Hall SM. Depression and stages of change for smoking in psychiatric outpatients. *Addict Behav*. 2001;26:621-31.
- Ververs FFT. Antidepressiva tijdens de zwangerschap: risico's voor moeder en kind [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2009.
- Montgomery SM, Ekblom A. Smoking during pregnancy and diabetes mellitus in a British longitudinal birth cohort. *BMJ*. 2002;324:26-7.
- Geerts CC, Bots ML, van der Ent CK, Grobbee DE, Uiterwaal CS. Parental smoking and vascular damage in their 5-year-old children. *Pediatrics*. 2012;129:45-54.
- Kieviet N, Dolman K, Wennink H, Heres M, Honig A. Ontwenning bij de pasgeborene na blootstelling aan psychofarmaca tijdens de zwangerschap. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2012;156:A4395.
- Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*. 1990;264:1546-9.
- Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
- Oncken C, Dornelas E, Greene J, et al. Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008;112:859-67.
- Oncken C, Campbell W, Chan G, Hatsukami D, Kranzler HR. Effects of nicotine patch or nasal spray on nicotine and cotinine concentrations in pregnant smokers. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009;22:751-8.
- Chisolm MS, Brigham EP, Tuten M, Strain EC, Jones HE. The relationship between antidepressant use and smoking cessation in pregnant women in treatment for substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36:46-51.
- Cinciripini PM, Blalock JA, Minnix JA, et al. Effects of an intensive depression-focused intervention for smoking cessation in pregnancy. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78:44-54.