

Post-partumpsychose

EEN ACUUT BEELD DAT DOORTASTEND OPTREDEN VERGT

Iris E. Sommer, Metten Somers, Marthe Bartel, Elisabeth Vonk, Rob van Ojen en Marjan Kromkamp

DAMES EN HEREN,

Post-partumpsychose is een ernstig psychiatrisch beeld dat fataal kan aflopen. Om dit ziektebeeld goed te behandelen, is tijdige herkenning en doortastend optreden vereist. Vooral huisartsen, jeugdartsen en verloskundigen zien af en toe vrouwen met een post-partumpsychose. In deze klinische les beschrijven we een patiënte die een aantal maanden na haar bevalling een psychose ontwikkelde en bij wie de hulpverlening te laat op gang kwam.

Patiënt A, een 34-jarige vrouw, was zojuist opgenomen op de afdeling Traumatologie van een academisch ziekenhuis toen zij werd gezien door de consultant psychiatrie. Patiënte was die dag met haar baby uit een raam gesprongen en vervolgens naar de Spoedeisende Hulp gebracht. Vanwege instabiele fracturen en luxaties van beide enkelgewrichten was zij direct geopereerd. Nog voordat patiënte uit de narcose was ontwaakt, volgde een bericht uit een ander academisch ziekenhuis waar de 3 maanden oude baby naartoe was gebracht. De zuigeling was bij de val op het hoofd terechtgekomen en was hersendood. Toen patiënte na de operatie op de afdeling Traumatologie lag en hoorde dat haar zoon was overleden, reageerde ze gelaten. Zij was ervan overtuigd dat ze een slecht mens was en dat ze na haar gezin nu ook haar familie te gronde zou richten. Ze dacht haar familie met financiële schulden op te zullen zadelen vanwege de kosten van haar ziekenhuisopname.

Patiënte had een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Als primipara van een gewenste zwangerschap was ze 3 maanden geleden na een vacuümextractie bevallen van een zoon, een relatief groot eerste kind. Na de bevalling had patiënte pijn van haar ingeknipte bekkenbodem. Ook sliep ze slecht. Omdat de borstvoeding in eerste instantie lastig verliep en begeleiding uitbleef, hadden patiënte en haar man besloten over te gaan op flesvoeding. Patiënte was in die periode ongerust over haar kind en bleef slecht slapen. Van de huisarts kreeg ze temazepam, waarna haar slaappatroon verbeterde en ze enigszins opknapte. Patiënte kreeg 10 weken na de bevalling een terugval. Het viel haar partner op dat ze vreemde dingen deed; ze zat geknield voor de wieg op de grond. De familie van patiënte consulteerde opnieuw de huisarts. Hij schreef paroxetine 20 mg 1 dd voor en verwees patiënte 3 dagen later na expliciet verzoek naar de ggz. De partner had een

Universitair Medisch Centrum Utrecht, afd. Psychiatrie, Utrecht.

Prof.dr. I.E. Sommer, dr. M. Somers, drs. M. Bartel,

dr. R. van Ojen en dr. M. Kromkamp, psychiaters;

E. Vonk, medisch maatschappelijk werker.

Contactpersoon: prof.dr. I.E. Sommer (i.sommer@umcutrecht.nl).

sterke voorkeur voor een bepaalde ggz-instelling. Deze ggz-instelling verzocht hen toestemming te vragen bij hun zorgverzekeraar, omdat ze hun toegewezen budget hadden overschreden. Ze konden daardoor niet direct bij die ggz-instelling terecht.

Na 3 dagen ging het nog slechter met patiënte: ze deed vreemde dingen, sprak nauwelijks en er was moeilijk contact met haar te maken. De partner belde de huisarts en verzocht hem om een huisbezoek te brengen. Aan het eind van de middag opende patiënte het raam en gooide haar baby naar buiten. Zelf sprong ze erachteraan. Beiden belandden op het balkon van de onderburen. Patiënte probeerde over de reling van het balkon te klimmen om vervolgens helemaal naar beneden te springen. Vanwege haar voetletsels ging dat moeizaam en zij werd op tijd door familie vastgegrepen.

Na het gesprek met de consultant psychiatrie werd patiënte overgeplaatst van de afdeling Traumatologie naar een gesloten psychiatrische afdeling. Het verblijf op deze afdeling had de rechter-commissaris als voorwaarde gesteld voor schorsing van de voorlopige hechtenis. De volgende dag werd zij door de officier van justitie in staat van beschuldiging gesteld. Die dag belde ook de zorgverzekeraar met toestemming voor een intakegesprek bij de ggz-instelling.

Bij opname op de gesloten psychiatrische afdeling was patiënte helder, goed georiënteerd in plaats, tijd en persoon, en maakte zij redelijk contact. Haar denken was traag en zij had verschillende wanen, onder andere dat haar hart al een tijd stil stond en zij de duivel in zich had. Ze had geen hallucinaties. Haar stemming was somber met een vlak affect. Het suïciderisico schatten we hoog in. Vanwege de aanhoudende suïcidegedachten stelden we nachtelijk cameratoezicht in, waarmee patiënte instemde. We stelden de diagnose 'post-partumpsychose'. We behandelden patiënte met olanzapine en lithium, en gaven psychosociale en praktische begeleiding aan patiënte en haar naasten. Daarnaast kreeg patiënte verdere chirurgische behandeling van de voetletsels. In de loop van enkele dagen werd zij actiever en toonde ze meer emotie en mimiek; de psychotische denkbeelden over haar situatie namen af. Zij kreeg last van intense herinneringen aan en herbelevingen van haar daad. Na 4 weken werd patiënte overgeplaatst naar een revalidatiecentrum en verwezen voor poliklinische psychiatrische behandeling.

Na 4 maanden concludeerde het Openbaar Ministerie dat patiënte tijdens de daad volledig ontoerekeningsvatbaar was en eindigde de strafvervolgung.

BESCHOUWING

Post-partumpsychose is een gevaarlijk psychiatrisch ziektebeeld vanwege het risico op suïcide en infanticide. Suïcide is de meest voorkomende doodsoorzaak in de kraambedperiode.¹ De incidentie van post-partumpsychose is 1-2 per 1000 bevallingen.² De stoornis begint in de eerste 4 weken na de bevalling en de eerste symptomen zijn slapeloosheid, stemmingswisselingen en soms obsessieve gedachten over de baby. Deze klachten ontwikkelen zich doorgaans snel – meestal veel sneller dan bij patiënt A – tot specifiekere symptomen, zoals wanen, hallucinaties, gedesorganiseerd gedrag en ernstige stemmingsproblemen.

Stemmingsklachten kunnen bestaan uit manie, depressie of een gemengd beeld hiervan. Daarnaast kan een post-partumpsychose lijken op een delier met cognitieve stoornissen, zoals verwardheid, desoriëntatie, derealisatie en depersonalisatie. Patiënten met een post-partumpsychose kunnen wanen hebben over de baby. Door deze wanen kan een patiënt zich gevaarlijk gedragen richting de baby en zichzelf. Infanticide komt gelukkig niet frequent voor, maar gedachten en gedragingen rond kindermoord zijn wel hoogprevalent.

PSYCHIATRISCHE OPNAME EN BEHANDELING

Als een post-partumpsychose wordt vastgesteld, of hier duidelijke aanwijzingen voor bestaan, dient direct gehandeld te worden. De belangrijkste interventie is acute opname op een gesloten psychiatrische afdeling – zo nodig onvrijwillig – om acuut gevaar voor de baby en moeder af te wenden. Uitstel van opname dient te worden vermeden.

Het is voor een gezin ingrijpend als een kraamvrouw acuut moet worden opgenomen op een gesloten psychiatrische afdeling. Voor veel patiënten is dat het eerste contact met de psychiatrie. Dit mag het beleid echter niet beïnvloeden, omdat alle andere maatregelen, zoals opname op een open afdeling of intensieve ambulante psychiatrische behandeling, niet afdoende zijn om suïcide en infanticide te voorkomen.

Direct na opname is lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek nodig om andere oorzaken van een psychose uit te sluiten, zoals een schildklierziekte. Medicamenteuze behandeling bestaat in eerste instantie uit benzodiazepinen, indien nodig gevolgd door een antipsychoticum. Als deze medicijnen na 2 weken onvoldoende aanslaan, kan de behandeling worden aangevuld met lithium. Omdat lithium niet tijdens de borstvoeding mag worden gebruikt, volgt dit medicament pas laat in het behandelprotocol. De behandeling is, mits juist uitgevoerd, effectief en leidt tot snel herstel van de psychose, meestal binnen enkele weken.¹ Behandeling met SSRI's dient ver-

meden te worden, omdat deze geneesmiddelen het risico op suïcide en infanticide verhogen.^{2,3}

Wat bij patiënt A niet goed ging, was de herkenning van de psychotische component, die pas relatief laat optrad. Daardoor werd niet doortastend gehandeld en bleef een acute opname op een gesloten afdeling uit. Mogelijk was de behandeling met paroxetine een uitlokkende factor voor de infanticide.

RISICOFACTOREN EN SCREENING

De belangrijkste risicofactoren voor een post-partumpsychose zijn een eerder doorgemaakte post-partumpsychose of een bipolaire stoornis in de voorgeschiedenis; het risico is dan 25-50% bij iedere bevalling. Ook een belaste familieanamnese met post-partumpsychose of bipolaire stoornis is een risicofactor. Bij vrouwen met zo'n voorgeschiedenis of familiegeschiedenis worden al tijdens de zwangerschap maatregelen getroffen voor preventie en – indien nodig – snelle en adequate behandeling.

De meeste vrouwen die een post-partumpsychose doormaken hebben geen van deze risicofactoren. Voor deze vrouwen en hun omgeving is de post-partumpsychose een totaal onvoorspelbare verrassing. In sommige landen, zoals Engeland, Australië en de regio Hong Kong, wordt aan alle vrouwen in de kraambedperiode standaard een aantal vragen gesteld die op een post-partumpsychose screenen. Deze screeningsvragen kunnen in de routine van de kraamzorg geïntegreerd worden, want de vragen zijn eenvoudig en kosten niet veel tijd. De specificiteit en sensitiviteit van verschillende screeningsmethodes wordt thans onderzocht.⁴

Er zijn 3 belangrijke argumenten om een screening op post-partumpsychose in te voeren. Ten eerste kan een post-partumpsychose zich snel ontwikkelen, waardoor adequate behandeling niet altijd op tijd tot stand komt. Ten tweede is het een gevaarlijk ziektebeeld, met een hoog mortaliteitsrisico voor zowel moeder als kind. Ten slotte zijn patiënten met een post-partumpsychose goed en snel te behandelen.⁵

Heeft zich eenmaal een dramatische gebeurtenis voorgedaan, zoals bij patiënt A, dan verslechtert uiteraard de prognose voor de vrouw en haar gezin. Tijdige herkenning en doortastend ingrijpen, zodat snel de juiste behandeling wordt ingesteld, is dus van levensbelang.

Dames en Heren, een post-partumpsychose vereist snelle herkenning en acuut en doortastend optreden van

LEERPUNTEN

- **Post-partumpsychose komt voor bij 1-2 op de 1000 bevallingen en ontstaat in de eerste weken na de bevalling.**
- **De eerste symptomen van een post-partumpsychose zijn slapeloosheid, stemmingswisselingen en soms obsessieve gedachten over de baby. Deze klachten ontwikkelen zich meestal snel tot specifiekere symptomen, zoals wanen, hallucinaties, gedesorganiseerd gedrag, ernstige stemmingsproblemen en verwardheid.**
- **Patiënten met een post-partumpsychose hebben een relatief hoog risico op suïcide en infanticide.**
- **Bij patiënten met een post-partumpsychose is tijdige herkenning en prompte verwijzing naar een gesloten psychiatrische afdeling geïndiceerd.**
- **Adequate behandeling van patiënten met een post-partumpsychose levert meestal snel en volledig herstel op.**

vooral huisartsen, jeugdartsen en verloskundigen. Bij kraamvrouwen die zich vreemd gedragen of uitspraken doen over schade toebrengen aan het kind, moet direct aan een post-partumpsychose gedacht worden. Met de anamnese en heteroanamnese moeten wanen en hallucinaties grondig worden uitgevraagd. Bij aanwezigheid hiervan dient de moeder direct opgenomen te worden op een gesloten psychiatrische afdeling. Bij twijfel over de aanwezigheid van psychotische symptomen kan er beter vanuit worden gegaan dat ze er wél zijn, zodat de diagnose niet wordt gemist.

Het missen van de diagnose 'post-partumpsychose' of onvoldoende doortastend handelen kan leiden tot familiedrama's die geen van de gezinsleden meer volledig te boven komt. Herkenning van en interventie bij patiënten met een post-partumpsychose dienen daarom onderdeel te zijn van de opleiding en nascholing van met name verloskundigen en huisartsen, omdat zij de eerste signalen zullen opvangen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 april 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8921

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8921**

LITERATUUR

- 1 Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*. 2014;384:1789-99.
- 2 Bergink V, Koorengel KM. Postpartum depression with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 2010;167:476-7.
- 3 Wesseloo R, Burgerhout K.M., Koorengel K.M., Bergink V. Postpartumpsychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2015;1:25-33.
- 4 Hayes BA. From 'postnatal depression' to 'perinatal anxiety and depression': key points of the National Perinatal Depression Plan for nurses and midwives in Australian primary health care settings. *Contemp Nurse*. 2010;35:58-67.
- 5 Sharma V, Penava D. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32:278-81.