

Kraambedpsychose ondanks lithiumgebruik bij vrouwen met een bipolaire stoornis

Twee gevalsbeschrijvingen

A.C. KOSTERS-HOEK

SAMENVATTING Door twee gevalsbeschrijvingen wordt geïllustreerd dat sommige vrouwen met een bipolaire stoornis een grote kans hebben een kraambedpsychose te ontwikkelen, ondanks lithiumgebruik. Naast bekende risicofactoren als de bevalling van een eerste kind, het ondergaan van een sectio caesarea en het ontbreken van een partner spelen waarschijnlijk de ernst van de bipolaire stoornis en mogelijk de eventuele persoonlijkheidspathologie een rol. Deze bevinding heeft consequenties voor de zwangerschapsvoorlichting en het beleid post partum.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 3, 175-179]

TREFWOORDEN: bipolaire stoornis, kraambedpsychose, lithiumgebruik

Sinds bekend is dat het gebruik van lithium tijdens de zwangerschap de kans op congenitale afwijkingen slechts licht verhoogt (Jacobson e.a. 1992; Collumbien & Koch 1993), is het aantal 'lithiumzwangerschappen' ongetwijfeld toegenomen. Precieze cijfers hierover zijn echter niet bekend.

De meest voorkomende indicatie voor continuering van lithiumgebruik tijdens de zwangerschap is een bipolaire stoornis. De kans op een kraambedpsychose zou bij vrouwen met deze diagnose van 1 tot 2 promille in de algemene bevolking toegenomen zijn tot ongeveer 20 procent, zonder medicatiegebruik (Klompshouwer & Van Hulst 1994). De mate van de risicoreductie door lithiumgebruik post partum is bij vrouwen met een bipolaire stoornis nog nauwelijks onderzocht. In het onderzoek van Stewart e.a. (1991) naar lithiumgebruik post partum bij 21 vrouwen die eerder een kraambedpsychose doormaakten, werden 3 vrouwen (7 procent) psychotisch, terwijl het verwachte percentage zonder lithium-

gebruik ongeveer 40 procent zou zijn (Klompshouwer 1993). De studie van Cohen & Deborah, die 27 vrouwen met en zonder gebruik van stemmingsstabilisatoren in het kraambed volgden, wijst eveneens op een aanmerkelijke risicoreductie. Hoe is het tegen de achtergrond van het theoretisch beperkte risico te verklaren dat de twee hieronder beschreven vrouwen toch een kraambedpsychose ontwikkelden?

GEVALSBESCHRIJVING 1

Bij patiënte A, een 27-jarige vrouw, begint de ziektegeschiedenis tweeënehalf jaar voor de partus met een ernstige manische psychose, die tot opname leidde. Voordien functioneerde patiënte matig: ze bezocht een school voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden en volgde na de school voor lager huishoudelijk en nijverheidsonderwijs een opleiding tot ziekenverzorgende, die ze niet afmaakte. Ze werkte enkele jaren en woonde vanaf haar achttiende

jaar met tussenpozen zelfstandig. Vanaf de puberteit zocht ze meermalen contact met maatschappelijke randfiguren, die in enkele gevallen financieel en seksueel misbruik van haar maakten. Door haar eerste behandelend psychiater wordt ze beschreven als een eenzame, laagnormaal begaafde, beïnvloedbare jonge vrouw. Er zijn geen aanwijzingen voor belastende opvoedingsfactoren. De familieanamnese is blanco.

Tijdens de eerste opname, die zes maanden duurde, werd patiënte op lithium ingesteld. In de ontslagbrief wordt naast de manische psychose een borderline-persoonlijkheidsstoornis vermeld, maar patiënte voldoet niet aan de DSM-IV-criteria hiervoor en evenmin aan die voor andere persoonlijkheidsstoornissen. Al voor ontslag staakte patiënte de medicatie, tegen advies. Vier maanden later ontstonden er plotseeling manische verschijnselen, gepaard gaande met imperatieve hallucinaties en agressief gedrag. Na een dag verdwenen de hallucinaties en verminderden de andere symptomen, waarna zich een hypomaan beeld ontwikkelde, dat twee maanden later tot een tweede, vrijwillige, acht maanden durende opname leidde. Stressfactoren, ontstaan tijdens de hypomane periode, waren een verbroken relatie, financiële problemen en een conflict met de werkgever. Korte tijd na opname ontstond een tweede ernstige manie met psychotische kenmerken. Patiënte werd behandeld met lithium, risperidon en hoge doseringen oxazepam. De manie werd gevolgd door een depressief syndroom. Na ontslag werd patiënte poliklinisch begeleid door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Ook bezocht ze een steunende groepstherapie, gebaseerd op het 'handicapmodel'.

Kort na de poliklinische aanmelding bleek dat patiënte zwanger was van een vroegere medepatiënt. De zwangerschap was ontstaan ondanks het gebruik van orale anticonceptiva. Na uitvoerige voorlichting besloot patiënte de zwangerschap voort te zetten. Zij werd voor medicamenteuze begeleiding naar de psychiater verwezen en ingesteld op lithiumcitraat tweemaal daags

1692 mg (drie tabletten), waarmee dalspiegels van rond de 0,5 mmol/l bereikt werden. Bloedspiegelcontroles vonden eenmaal per drie weken plaats, controle van de schildklierfunctie met de gebruikelijke frequentie van eenmaal per zes maanden. Inmiddels wordt overigens aanbevolen om de derde, zesde en laatste zwangerschapsmaand de TSH te bepalen (Lithium plus werkgroep 1997). In verband met haar zwangerschap huwde patiënte. Rondom de 21e week werd echografisch onderzoek van de foetus verricht, vooral met het oog op de anomalie van Ebstein. Bij lithiumgebruik is de kans op deze cardiale afwijking twintigmaal verhoogd tot 0,1 procent (Collumbien & Koch 1993). Hiervoor werden geen aanwijzingen gevonden. Drie weken voor de partus steeg de lithiumspiegel plotseling tot 1,03 mmol/l, waarop de dosering verlaagd werd. Op dat moment was er sprake van vochtretentie, blijkend uit enkeloedeem en gewichtstoename. De zwangerschap verliep verder ongecompliceerd. Enkele weken voor de partus ontstonden financiële en relatieproblemen door gokken van de partner. Twee dagen voor de geplande partus werd, zoals aanbevolen, de lithium gestaakt (Collumbien & Koch 1993). Omdat na inleiding de ontsluiting slecht vorderde, werd uiteindelijk onder algehele narcose een sectio caesarea verricht, waarbij een gezond kind werd geboren. Nog diezelfde dag werd 's ochtends en 's avonds 1000 respectievelijk 600 mg lithiumcarbonaat toegediend. Patiënte kreeg geen andere medicatie. Twaalf uur na de avondinnam was de spiegel 0,59 mmol/l.

Vanaf de eerste dag post partum kreeg patiënte 1000 mg lithiumcarbonaat per dag in een enkele dosering toegediend, zoals voor de zwangerschap. Op dag 2 en 4 waren de spiegels 0,75 respectievelijk 0,64 mmol/l. Op dag 6 en 8 0,45 en 0,47 mmol/l, op dag 12 weer 0,65 mmol/l. Patiënte werd ontslagen op dag 6. De moeder van patiënte rapporteerde op dag 8 kortdurende verwardheid. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) bezocht patiënte, maar die ontkende psychotische verschijnselen en wees gebruik van

antipsychotica af. Bij het huisbezoek was patiënte volgens de (ervaren) SPV niet psychotisch. In de dagen nadien traden er toenemend perioden van dysforie op. Patiënte sliep slecht. Ze weerde psychiatrische bemoeienis af en bagatelliseerde haar problemen. Pas op dag 13 accepteerde zij temazepam 20 mg, diazepam driemaal daags 5 mg, risperidon in opklimmende dosering tot tweemaal daags 3 mg, verhoging van de lithiumdosering tot 1200 mg per dag en verpleegkundige thuiszorg. Er was toen sprake van dysfoor-vijandig gedrag, afgewisseld met perioden van euforie en ontremming en kortdurende visuele hallucinaties. Patiënte was verhoogd afleidbaar. De echtgenoot steunde patiënte in deze periode. In de daaropvolgende dagen raakte patiënte echter toenemend motorisch onrustig en trad er versneld, associatief en soms incoherent denken op, symptomen die ook bij vorige manische fasen voorkwamen. Zeventien dagen na de partus werd patiënte vrijwillig opgenomen. Na één dag verslechterde haar functioneren dusdanig dat intensieve separeerverpleging nodig was. Manische verschijnselen bleven tijdens de gehele opname van twee maanden bestaan.

GEVALSBESCHRIJVING 2

Patiënte B, een 28-jarige gehuwde vrouw, werd vijf jaar voor haar zwangerschap op lithium ingesteld in verband met een bipolaire stoornis. Zij was toen drie jaar met tussenpozen psychiatrisch begeleid en maakte drie hypomane dan wel manische periodes door, waarin zij kortdurend met antipsychotica werd behandeld. Ook had zij meermalen depressieve klachten, zonder dat er waarschijnlijk sprake was van een depressie in engere zin. Een psychiatrische opname had nooit plaatsgevonden. De vader van patiënte was meermalen psychiatrisch opgenomen geweest met depressieve klachten en had volgens patiënte ook drukke periodes met psychotische verschijnselen gekend. Ook de moeder en een broer van patiëntes vader leden aan depressies. Na instelling op lithium functioneerde patiënte redelijk,

zolang zij rekening hield met haar beperkte spankracht. Er traden geen (hypo)mane en/of depressieve episodes meer op. Desondanks werd zij afgekeurd voor haar werk als bejaardenverzorgster. Uit patiëntes biografie komen, behoudens de spanningen rondom de ziekte van vader, geen bijzondere stressfactoren naar voren. Er was geen sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Over haar huwelijk was patiënte positief.

De wens zwanger te worden werd uitvoerig met patiënte en de echtgenoot doorgesproken. Nadat beiden het besluit genomen hadden de risico's te accepteren, werd van de tweemaal-daagse inname van lithiumcarbonaat overgegaan naar een driemaal-daagse en werd de dagdosering verlaagd naar 600 mg, waarmee dalspiegels van 0,4 tot 0,6 mmol/l bereikt werden. Het functioneren van patiënte veranderde door de lagere lithiumspiegels niet. Toen na een jaar nog geen zwangerschap tot stand was gekomen, werd patiënte verwezen naar de gynaecoloog. Kort daarop trad een spontane zwangerschap op, die ongecompliceerd verliep. Echografisch onderzoek in de achttiende week was zonder afwijkingen. Bloedspiegelbepalingen werden eens per drie weken verricht. De spiegels bleven vrijwel constant gedurende de gehele zwangerschap. In verband met een niet ingedaalde stuitligging werd een sectio caesarea gepland, met epidurale anesthesie, waarbij een gezond kind werd geboren. De lithiumcarbonaat, die twee dagen voor de sectio gestaakt was, werd direct post partum hervat, waarbij vanaf de tweede dag spiegels van rond de 0,7 mmol/l werden bereikt. Er werd geen andere medicatie voorgeschreven. Op de zevende dag werd patiënte in goede conditie ontslagen. De lithiumspiegel was op die dag 0,83 mmol/l. Vanaf de eerste dag na ontslag traden er verschijnselen op van onrust, slaapstoornissen en kortdurende paranoïde gedachten. Ze moest wat betreft de verzorging van de baby voortdurend gecorrigeerd worden. Zij klaagde erover haar gedachten niet te kunnen stoppen. De verschijnselen leken op die in eerdere (hypo)mane fasen. Achteraf noemt patiënte een

drukke kraamverzorgster als mogelijk luxerende factor.

Zij kreeg de vijfde dag na ontslag, direct nadat de echtgenoot alarm had geslagen, verpleegkundige thuiszorg aangeboden en haloperidol voorgeschreven. Ze weigerde slaapmedicatie. Eén dag later werd ze met een inbewaringstelling opgenomen. Agressief gedrag maakte kortdurende separeerverpleging noodzakelijk. Twee maanden na opname waren de symptomen geheel verdwenen.

BESCHOUWING

Aan de orde komen achtereenvolgens het eerdergenoemde geschatte risicopercentage, de bekende risicofactoren met betrekking tot het ontwikkelen van een kraambedpsychose, mogelijke andere risicofactoren, de (mogelijke) risicofactoren bij bovengenoemde patiëntes en het beleid bij hen post partum.

De in de inleiding genoemde kans op een kraambedpsychose van 20% is gebaseerd op de onderzoeken van Bratfos & Haug (1966) en Reich & Winokur (1970). Een juiste risicoschatting wordt hierbij bemoeilijkt door verschillen in terminologie en tegenstrijdige bevindingen in de onderzoeken. Reich & Winokur vonden in hun patiëntengroep van twintig vrouwen een risico van 50% op een manische of depressieve periode in het kraambed als de diagnose 'bipolaire stoornis' eenmaal gesteld was, terwijl Bratfos & Haug het vóórkomen op 20% schatten. Zij baseren hun resultaten echter op alle bevallingen van manisch-depressieve vrouwen, ook die van vóór het begin van hun ziektegeschiedenis. Patiënten met vooral manische episoden, die mogelijk een slechtere prognose hebben wat betreft kraambedpsychosen (Platz & Kendell 1988), zijn in hun onderzoek ondervertegenwoordigd, vanwege een selectief opnamebeleid. Het is dus waarschijnlijk dat de beginaanname van 20% een te lage schatting is.

Naast het eerder doormaken van een kraambedpsychose en/of het lijden aan een bipolaire

stoornis, is het krijgen van een eerste kind een risicofactor, die de kans op een kraambedpsychose anderhalf tot tweemaal doet toenemen. Dit toegenomen risico bij primiparae kan niet verklaard worden door het vermijden van een volgende zwangerschap na een kraambedpsychose (Kendell e.a. 1981). Het ontbreken van een partner, het doormaken van een sectio caesarea en perinatale dood van het kind verhogen het risico eveneens, maar in veel mindere mate (Klompshouwer 1996; Kendell e.a. 1981). Het is aannemelijk dat de ernst van de bipolaire stoornis en het bestaan van persoonlijkheidspathologie het risico vergroten een kraambedpsychose te ontwikkelen, maar dit is nooit aangetoond.

Bij patiënte A is het uitbreken van een kraambedpsychose mogelijk verklaarbaar door de spanningen in de huwelijksrelatie rondom de partus, de sectio caesarea, de aanwezige persoonlijkheidsproblemen, al voldoet patiënte niet aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, de ernst van de psychiatrische stoornis en de lage lithiumspiegels van dag vier tot dag twaalf post partum. Bij patiënte B leek de kans op een kraambedpsychose kleiner: de zwangerschap was door het echtpaar zeer gewenst en goed voorbereid, de relatie leek goed en de psychiatrische symptomatologie tot de bevalling was veel milder. Ook bij haar was er sprake van een sectio caesarea en persoonlijkheidsproblematiek in de zin van onvermogen om flexibel op veranderende omstandigheden te reageren.

Achteraf was het onverstandig beide vrouwen zo snel na de partus te ontslaan. Door het voorspoedige herstel en de goede psychiatrische conditie leek een langere opname op de gynaecologische afdeling onnodig. Beide patiëntes werden na ontslag enige dagen niet psychiatrisch beoordeeld. Bovendien bleek het lastig vanwege de geringe mobiliteit na de sectio de bloedspiegels te bepalen. Door deze beide factoren werd het bieden van adequate psychiatrische begeleiding toen de symptomen eenmaal ontstonden, bemoeilijkt.

CONCLUSIE

Bij de zwangerschapsvoorlichting aan vrouwen met een bipolaire stoornis is informatieverstrekking over het risico een kraambedpsychose te ontwikkelen, een belangrijk onderdeel. Post partum is een intensieve begeleiding van vrouwen met een verhoogd risico aangewezen gedurende ten minste veertien dagen, de periode waarbinnen bij 72% van de kraambedpsychosen de eerste symptomen ontstaan (Klompenshouwer 1993). Een verblijf van veertien dagen op de gynaecologische afdeling is daarbij het meest praktisch. Bij begeleiding thuis wordt het brengen van een dagelijks huisbezoek door of onder supervisie van een psychiater aangeraden. Het is noodzakelijk dat lithiumspiegels thuis bepaald kunnen worden. Ook is de aanwezigheid van een (gespecialiseerde) kraamverzorgster gedurende de gehele kraamtijd aan te bevelen. Bij vrouwen met een zeer hoog risico op het ontwikkelen van een kraambedpsychose kan tevens profylactische behandeling met antipsychotica overwogen worden.

LITERATUUR

- Bratfos, O., & Haug, J.O. (1966). Puerperal mental disorder in manic depressive females. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42, 285-294.
- Cohen, L.S., Deborah, A., e.a. (1995). Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1641-1645.
- Collumbien, E.C.A., & Koch, H.C.L.C. (1993). Lithium en zwanger-

schap. De stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 601-611.

- Jacobson, S.J., Jones, K., Johnson, K., e.a. (1992). Prospective multi center study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester. *The Lancet*, 339, 530-533.
- Kendell, R.E., Rennie, D., Clarke, J.A., e.a. (1981). The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medicine*, 11, 341-350.
- Klompenshouwer, J.L. (1996). Bipolaire stoornissen, erfelijkheid en psychosen in het kraambed. *Cobol Bulletin* 95/96, 29-32.
- Klompenshouwer, J.L., & van Hulst, A.M. (1994). Psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 1009-1014.
- Klompenshouwer, J.L. (1993). *Puerperal psychosis* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Platz, C., & Kendell, R.E. (1988). Matched control - follow-up and family study of 'puerperal psychosis'. *British Journal of Psychiatry*, 153, 90-94.
- Reich, T., & Winokur, G. (1970). Postpartum psychoses in patients with manic depressive disease. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 151, 60-68.
- Stewart, D.E., Klompenshouwer, J.L., Kendell, R.E., e.a. (1991). Prophylactic lithium in puerperal psychoses. The experience of three centres. *British Journal of Psychiatry*, 158, 393-397.

AUTEUR

A.C. KOSTERS-HOEK is psychiater in Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, Postbus 286, 9670 AC Winschoten. Telefoon: (0597) 456222, fax: (0597) 456220.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-11-1998.

SUMMARY Puerperal psychosis in bipolar women taking lithium; two case studies - Some women with bipolar disorder run a substantial risk of developing a puerperal psychosis, in spite of taking lithium; this is illustrated by two case reports. In addition to well known risk factors such as giving birth to a first child, a caesarean delivery and the lack of a partner, the severity of the bipolar disorder probably plays a role. This is perhaps also true for the presence of personality disturbances. This finding has consequences for the counselling prior to pregnancy and the guidance post partum. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 3, 175-179]

KEYWORDS bipolar disorder, lithium, puerperal psychosis