

## Titel

Achtergrondinformatie over SSRI-gebruik bij psychische aandoeningen

## Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

## Soort document

Achtergrondinformatie bij VSV-protocol

## Effect van de (onbehandelde) psychiatrische ziekte zelf

Informeer patiënten over de mogelijk negatieve effecten van onbehandelde angst- en depressieve klachten c.q. stoornis tijdens de zwangerschap op het beloop van de zwangerschap (waaronder een mogelijk verhoogd risico op vroeggeboorte en laag geboortegewicht). Hierbij dient opgemerkt te worden dat het bewijs voor deze effecten laag is en dat het werkingsmechanisme van deze effecten nog onvoldoende onderzocht is.

Bij het vermoeden van klinisch relevante angst- en depressieve klachten tijdens de zwangerschap is aanvullende diagnostiek en zo nodig behandeling geïndiceerd. Bij voorkeur wordt aan het begin van de zwangerschap geïnventariseerd of er risicofactoren aanwezig zijn voor het ontwikkelen van psychiatrische problemen tijdens de zwangerschap.

## Effecten van SSRI op de zwangerschap

Vooralsnog zijn er geen aanwijzingen om SSRI-gebruik te ontraden op basis van het risico op zwangerschaps- en baringscomplicaties. Er is dus geen indicatie voor overname of extra controles bij de gynaecoloog.

Met betrekking tot het risico op miskramen lijkt er geen reden om SSRI's voor of tijdens de zwangerschap te staken. Voor Paroxetine geldt dat overwogen kan worden om preconceptioneel en in het 1<sup>ste</sup> trimester maximaal te doseren tot 20 mg.

## Aangeboren afwijkingen

Het verhoogde risico op cardiale septumdefecten bij gebruik van SSRI's van maximaal 1.5% dient preconceptioneel besproken te worden. De risico's op overige afwijkingen zijn zeer laag, maar kunnen volledigheidshalve benoemd worden.

Vanwege het risico van Paroxetine op ernstige aangeboren afwijkingen heeft het de voorkeur om, als er een keuze gemaakt kan worden, preconceptioneel over te gaan op een andere SSRI. Indien niet overgegaan kan worden op een ander middel heeft het de voorkeur zo mogelijk Paroxetine in het eerste trimester te doseren tot maximaal 20 mg per dag.

Er zijn geen redenen om tijdens de zwangerschap op basis van het risico op aangeboren afwijkingen het gebruik van SSRI preparaten (in standaarddosering) af te raden of alsnog van middel te veranderen. Structureel echoscopisch onderzoek (SEO) volstaat bij SSRI-gebruik in de zwangerschap. Met uitzondering van de klinisch minder relevante septumdefecten kunnen alle mogelijk geassocieerde afwijkingen met dit onderzoek gediagnosticeerd worden.

## Neonatale effecten

Ouders en zorgverleners moeten geïnformeerd en geïnstrueerd worden, ook op schrift (zie bijlage patiënten informatie) over de mogelijkheid van het optreden van matige neonatale adaptatie bij gebruik van een SSRI (in de tweede helft van de zwangerschap). Altijd bevalling in het ziekenhuis en observatie van de pasgeborene gedurende minimaal 12 uur (onder verantwoordelijkheid van de kinderarts).

Vanwege het risico op matige neonatale adaptatie wordt aanbevolen de pasgeborene hierna nog gedurende de eerste drie dagen postpartum te observeren. Deze observatie kan thuis of op de kraamafdeling in het ziekenhuis plaatsvinden, door geïnformeerde en geïnstrueerde ouders of zorgverleners

## Late effecten

Bij gebruik van SSRI's tijdens de zwangerschap zijn de effecten bij de pasgeborene op lange termijn onvoldoende onderzocht. Over de mogelijke risico's dienen patiënte en haar partner te worden ingelicht.

## Effecten van SSRI bevattende borstvoeding op het kind

Bij het voorschrijven of continueren van een SSRI tijdens de lactatieperiode dienen onderstaande gegevens met de patiënt en haar partner besproken te worden:

- Er is zeer weinig onderzoek verricht naar directe effecten op de pasgeborene.
- Tot op heden zijn geen ernstige negatieve effecten aangetoond.
- Effecten op lange termijn zijn onvoldoende onderzocht.
- Er is te weinig onderzoek beschikbaar naar de directe effecten op het kind om een uitspraak te doen naar een voorkeur voor een SSRI tijdens de lactatie.
- **Paroxetine en Sertraline** verdienen tijdens lactatie de voorkeur.
- **Fluoxetine en Citalopram** verdienen geen voorkeur om mee te beginnen tijdens de lactatie.
- Wanneer behandeling met Fluoxetine of Citalopram reeds tijdens of voor de zwangerschap gestart is en effectief is, kan deze gecontinueerd worden, omdat tot op heden geen ernstige negatieve effecten bij de pasgeborene gevonden zijn.
- Er zijn onvoldoende gegevens om **Escitalopram en Fluvoxamine** tijdens de lactatie aan te bevelen of te ontraden.
- Ziekte van het kind, prematuriteit, laag geboortegewicht en welke SSRI en in welke dosering dienen bij deze beslissing meegewogen te worden.

## Stoppen van SSRI's in de zwangerschap en effect op moeder en kind

Bij de afweging om SSRI-gebruik tijdens de zwangerschap of kraamperiode te staken de kans op terugval van de depressie of angststoornis sterk mee laten wegen. Deze kans op terugval is afhankelijk van diverse factoren zoals de aard van de psychiatrische aandoening, het te verwachten natuurlijk beloop, het aantal eerdere episodes, de ernst en duur daarvan, de familiale voorgeschiedenis wat betreft stemmings- en angststoornissen, psychiatrische en somatische co-morbiditeit, de behandelvoorgeschiedenis en eerdere recidieven bij stoppen van medicatie.

Vanwege het sterk verhoogd recidief risico op een depressie in de postpartumperiode is het advies SSRI-gebruik in de kraamperiode te continueren. Bij meer complexe afwegingen is een consult bij een psychiater aan te bevelen. Bij voorkeur vindt dit consult plaats voorafgaand aan de zwangerschap.

**Datum protocol**

Gepubliceerd in 2014, laatst herzien in 2020.