

INFERTILITEIT

(en zwangerschap)

BEGELEIDING VAN BUIK EN HOOFD



ISABEL DIJKZEUL

TEAMLEIDER AFDELING VERLOSKUNDE

MEDEWERKER POP-POLI

Inhoud presentatie

- Incidentie psychiatrie bij zwangerschap en post-partum
- Relatie tussen psychiatrie en zwangerschap gevolgen en risicofactoren
- Paniekstoornis en depressie, de kenmerken
- Signalering psychiatrie tijdens zwangerschap
- Infertiliteit, psychische belasting en depressie
- 2 onderzoeken mbt infertiliteit en depressie
- Advies mbt de zorg. Wat te doen?
- Zorg zoals deze in SLAZ is georganiseerd



Genesis 30:1

De roep van Rachel tegen Jacob:
Geef mij kinderen! of indien niet,
zo ben ik dood.

Incidentie psychiatrische stoornissen tijdens zwangerschap en kraambed

- 2 op de 10 zwangere + kraamvrouwen kampt met een psychische aandoening.
- 12% van de zwangere vrouwen en 13 % van de kraamvrouwen maakt een depressieve episode door.
- 1 à 2 op de 1000 vrouwen maakt in het kraambed een psychose door.
- 20 % van de zwangere vrouwen vertoont symptomen die passen bij een paniek stoornis

Recidiefkans bij eerdere episode >>

Incidentie psychiatrische opnames en poli bezoek in de kraambedperiode 1^{ste} kind

Kraamvrouwen 1.03 per 1000 bevallingen

Jonge vaders 0.37 per 1000 bevallingen

piek 10-19 dagen pp

Olsen et al 2006

Cortisol & Zwangerschap

Bij depressie is er aanmaak van véél cortisol.
Cortisol passeert de placenta en komt bij het kind terecht.
Het hormoon brengt zijn biologisch systeem in de war.

Mogelijke gevolgen:

- groeiachterstand
- vroeggeboorte
- het krijgen van een huilbaby

Daarnaast zijn psychiatrische klachten in de zwangerschap geassocieerd met spontane miskramen, een verhoogd risico op hypertensie en opname van de baby op de couveuseafdeling.

Cortisol & Zwangerschap

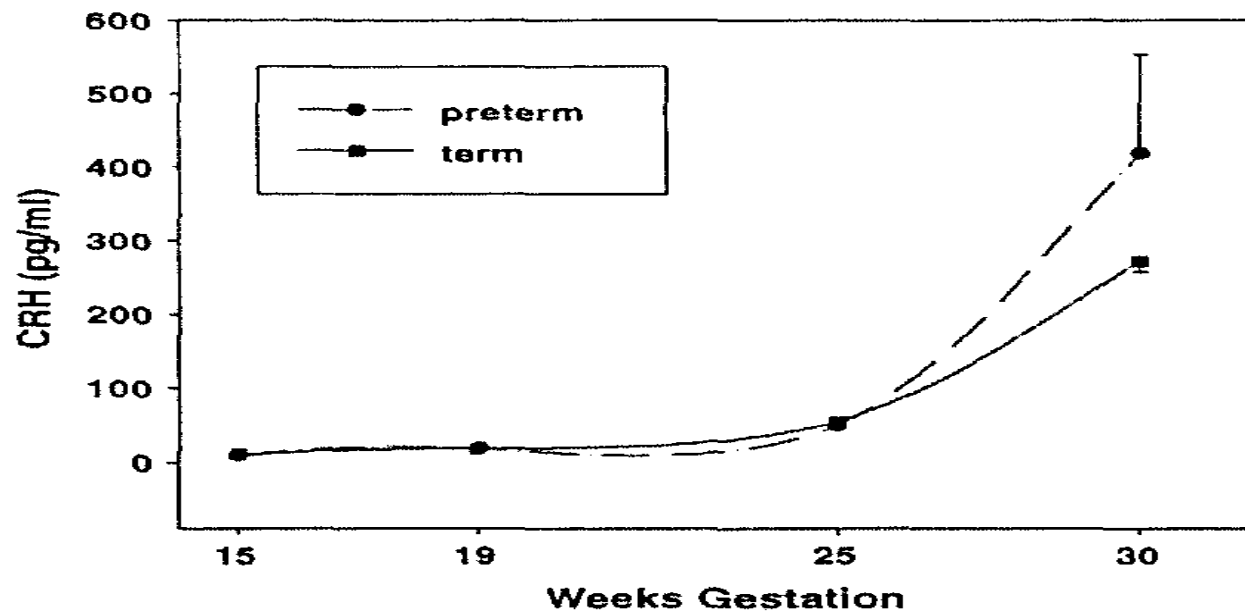
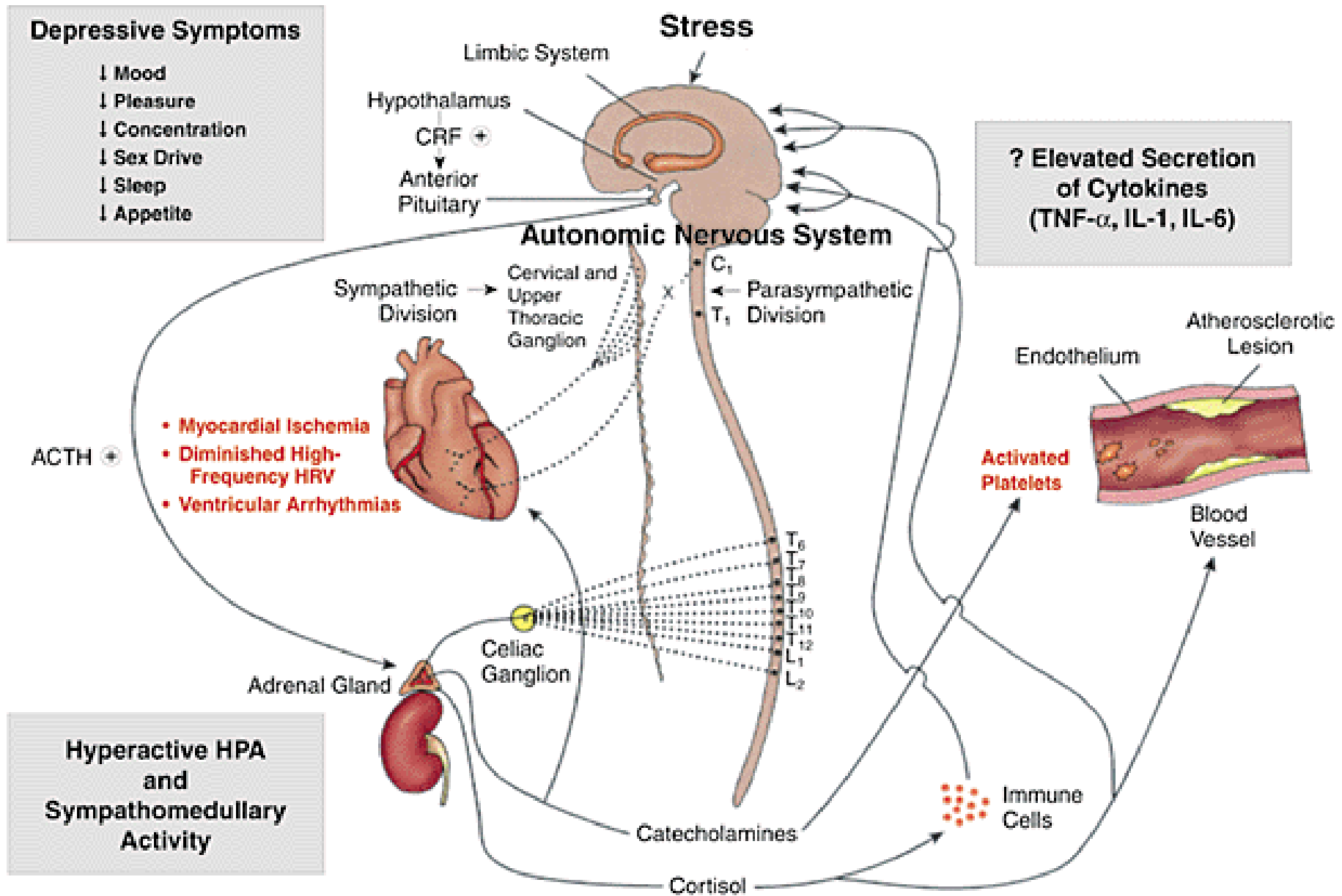


Fig. 2 – The rate of change in placental CRH between 26 and 31 weeks gestation is significantly faster and the level of placental CRH at 31 weeks gestation is significantly higher in women destined to deliver preterm.

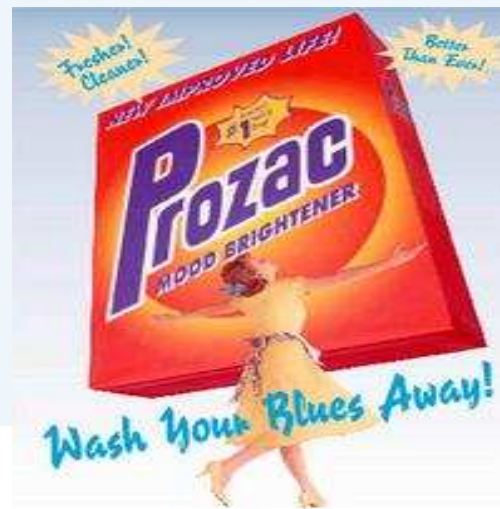
The Relationship Between Major Depression and Cardiovascular Disease



Onderkennen en onderbehandelen

Het niet onderkennen en dus onbehandeld laten van psychiatrische stoornissen heeft grote gevolgen.

Het treft niet alleen direct de gemoedstoestand van de (aanstaande) moeder, maar kan ook leiden tot verloskundige complicaties en een gestoorde band tussen moeder en kind.



Gevolgen bij niet behandelde depressie/psychose

PSYCHOLOGISCH

- Werkonderbreking
- Niet genieten van zwangerschap
- Verminderde kwaliteit van leven
- Toename kans op paniekaanvallen
- Toename kans op psych. opnames perinataal
- Suïcidaliteit
- Opbouw Moeder/Kind relatie problematisch

Gevolgen bij niet behandelde depressie/psychose

SOMATISCH

Toename van perinatale complicaties zoals:

- Perinatale obst. opname's (incl.paniekaanvallen)
- Spontane abortus
- Vroeg geboorte
- Lage Apgar scores
- Laag geboortegewicht

Bonari et al, 2004

Risicofactoren voor het ontstaan van een peripartale depressie, psychose of paniekstoornis

	depressie	psychose	paniekstoornis
psychiatrische factoren	depressie in de anamnese ^{2 22} psychiatrische klachten in zwangerschap ^{21 22}	psychose in de anamnese ^{4 13} bipolaire stoornis in de anamnese of familieanamnese ²	paniekstoornis in de anamnese ¹⁰
obstetrische factoren	ongeplande/ongewenste zwangerschap ²² zwangerschapshypertensie ¹⁸ spoedsectio-caesarea ¹⁹ vroeg ontslag uit ziekenhuis ¹⁸	primigravida ^{4 13} sectio caesarea ^{4 13} peri- of prenatale foetale sterfte ^{4 13} langdurige bevalling ¹⁵	
overige factoren	lage sociaal-economische status ^{21 22} recent 'life event' ²¹ negatief zelfbeeld ²² weinig sociale ondersteuning ²² immigratie < 5 jaar ¹⁸ voedingsproblemen kind ¹⁸ gevoel van controleverlies tijdens bevalling ¹⁸	alleenstaand moederschap ^{4 16} weinig sociale ondersteuning ¹⁶	

Paniekstoornis

- Onverwachte, onvoorspelbare paniekaanvallen (opkomend in enkele minuten; duur 20-30 min.)
- Tussen aanvallen permanente algemene angst
- In 50% ook fobisch gedrag
- In 30% ook depressieve stemming



Kenmerken paniekstoornis

- Hartkloppingen
- Pijn of drukkend gevoel op de borst
- Dyspnoe
- Naar adem snakken
- Duizeligheid
- Depersonalisatie (zichzelf of eigen lichaam als vreemd ervaren)
- Paresthesien (prikkelend gevoel in ledematen)
- Opvliegers
- Trillen
- Transpireren
- Misselijkheid, opboeren
- Angst om dood te gaan
- Angst om controle te verliezen

Kenmerken depressie

Minimaal 14 dagen continu minder kunnen doen wegens:

- Sombere stemming en/of lusteloosheid
- Gestoorde eetlust
- Verminderde concentratie
- Slaapstoornissen
- Moeheid
- Verminderde sexuele energie
- Piekeren
- Schuldgevoelens



Moeilijkheid signalering van psychiatrie tijdens zwangerschap

Door de grote overlap tussen de klachten die optreden tijdens zwangerschap en klachten die kenmerkend zijn voor een psychiatrische ziekte zijn artsen eerder geneigd dit toe te schrijven aan de zwangerschap.

Bijvoorbeeld:

- Slapeloosheid
- Verandering van eetlust en/of gewicht
- Gebrek aan energie
- Hoofdpijn
- Hartkloppingen
- Vermoeidheid

Infertiliteit en de psychische belasting

De beleving hangt af van de mate van de kinderwens
Vrouwen hebben een grotere kinderwens dan mannen

Verdere verschillen:

- Vrouwen hebben langer behoefte om door te behandelen
- Vrouwen hebben meer behoefte aan praten
- Vrouwen uiten hun emoties anders
- Verschil in fysieke belasting
- Vrouwen hebben meer directere confrontatie met de zwangerschap bij zus, vriendin etc

Vrouwen en mannen kunnen kinderloosheid beide ervaren als falen van hun lichaam

Blijvende infertiliteit : een rouwproces

Het rouwproces met betrekking tot ongewenste kinderloosheid
(volgens Eck 2004)

- Ontkenning (= afweer mechanisme)
- Boosheid (boosheid over oneerlijkheid, boos op alles en iedereen inclusief zichzelf)
- Onderhandelen (waarom en wat valt er aan te doen)
- Depressie
- Aanvaarding / accepteren

Is er een relatie tussen infertiliteit en depressie?

In verleden is de mogelijke relatie tussen depressie en infertiliteit al vaak beschreven.

Pas sinds kort is er naar dit onderwerp meer systematisch onderzoek.

Onderzoek 1:

Depressie bij onverklaarbare infertiliteit (2002, Weller, Burns, Crow, Grambsch)

Onderzoek 2:

Risicofactoren voor psychiatrische stoornissen bij infertiele vrouwen en infertiele mannen die IVF behandeling ondergaan. (2008 Volgsten, Svanberg, Eksleius)

Onderzoek 1:

Depressie bij onverklaarbare infertiliteit (2002, Weller, Burns, Crow, Grambsch)

Een onderzoek naar aantal voorkomende depressies bij een groep van infertiele vrouwen waarbij de oorzaak van infertiliteit onbekend is.

Methode:

Een gestructureerd klinisch interview en een “Beck” depressie inventarisatielijst. De infertiele vrouwen kregen een anamnese mbt hun infertiliteit. De diagnose van onverklaarbare infertiliteit werd aan de artsen overgelaten.

Belangrijk:

Er waren significant meer vrouwen met een huidige depressie of een depressie in anamnese bij de infertiele groep vrouwen. Meerderheid heeft haar 1^e depressieve episode doorgemaakt al voordat überhaupt de diagnose infertiliteit werd gesteld.

Onderzoek 1:

Depressie bij onverklaarbare infertiliteit (2002, Weller, Burns, Crow, Grambsch)

Resultaat:

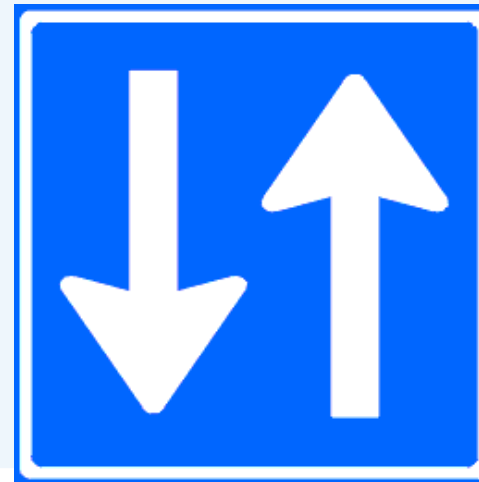
- Huidige situatie tijdens onderzoek:
32% van de infertiele vrouwen bleek depressief
0% van de controle groep bleek depressief
- Groep infertiele vrouwen
63% had een depressie in de anamnese
21% had mogelijk een depressie in de anamnese
16% had geen depressie in de anamnese
- Controle groep
20% had een depressie in de anamnese
0% had mogelijk een depressie in de anamnese
80% had geen depressie in de anamnese

Onderzoek 1: Depressie bij onverklaarbare infertiliteit (2002, Weller, Burns, Crow, Grambsch)

Conclusie:

Er is een verband tussen depressie en infertiliteit.

De richting van het verband is moeilijk te achterhalen
(wat veroorzaakt wat?)



Onderzoek 2:

Risicofactoren voor psychiatrische stoornissen bij infertiele vrouwen en infertiele mannen die IVF behandeling ondergaan. (2008 Volgsten, Svanberg, Eksleius)

Dit is de 1^e studie die een beschrijving geeft over de risicofactoren voor depressie en angststoornis bij vrouwen en mannen die een IVF behandeling ondergaan.

Prospectief onderzoek waarbij 413 vrouwen en 412 mannen werden geïnterviewd en gevolgd tijdens hun IVF.

Onderzoek 2: Risicofactoren voor psychiatrische stoornissen bij infertiele vrouwen en infertiele mannen die IVF behandeling ondergaan. (2008 Volgsten, Svanberg, Eksleius)

Resultaten:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| • Diverse stemmingsstoornissen | 26,2 % vrouwen
9,2% mannen |
| • Depressie | 10,9 % vrouwen
5,1% mannen |
| • Angststoornis | 14,8 % vrouwen
4,9 % mannen |

Onderzoek 2:

Risicofactoren voor psychiatrische stoornissen bij infertiele vrouwen en infertiele mannen die IVF behandeling ondergaan. (2008 Volgsten, Svanberg, Eksleius)

Conclusie:

Een negatieve zwangerschapstest is geassocieerd met een verhoogd risico voor depressie bij vrouwen die een IVF behandeling ondergaan.

Geen risico op het ontwikkelen van een angststoornis bij het resultaat van een zwangerschapstest na IVF.

Resultaat van de zwangerschapstest was geen risico factor op het ontwikkelen van een depressie of angst stoornis bij mannen.

Wat te doen?

- Vervolg het koppel na een negatieve zwangerschapstest
- Geef informatie over het mogelijke negatief resultaat na behandeling. Een verplichte afspraak is hiervoor van groot belang
- Vervolgafspraak na mislukte behandeling bij een gespecialiseerd medici
- Belangrijk is stemmingsstoornissen al vóór de IVF behandeling te herkennen (POP-poli?)

Een positieve zwangerschapstest is niet de behandeling van een depressie!

Wat is de POP-poli?

- Het is een expertise/ behandelcentrum ter ondersteuning van de 1^e of 2^e lijns zorg
- De vakgroep Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie werken hierbij intensief samen
- Multidisciplinaire poliklinische voorziening voor zwangere en pre-conceptioneel
- Multidisciplinaire klinische voorziening voor het klinisch kraambed
- Website voor zwangere, kraamvrouw en hulpverleners www.poppoli.nl

Voor wie is de POP-poli bedoeld?

Vrouwen die een psychiatrische stoornis hebben of deze ontwikkelen tijdens de zwangerschap.

Denk hierbij met name aan:

- Depressie
- Angst en Paniekstoornis
- Post partum depressie in voorgeschiedenis
- Psychose in de voorgeschiedenis

Klinisch pad

- 1^e afspraak liefst pré-conceptioneel + adviesbrief
- 2^e afspraak rond 34 weken + vpk anamnese + info
- Partus door 1^e of 2^e lijn
- Post partum klinisch kraambed 4 dagen
- Overdracht zorg naar 1^e lijns verloskundige + 1^e lijns Psychiatrische zorg bij ontslag
- Informeren verwijzer, huisarts, consultatiebureau,
- Verlengde kraamzorg indien noodzakelijk
- Controle kind 3 weken
- Controle moeder POP-poli 6 weken

Klinisch kraambed

Begeleiding en ondersteuning mbt zorg baby

(het feit dat er 24 uur per dag ondersteuning is geeft rust)

Observatie moeder + kind 4 à 5 dagen (ziektebeeld en medicatiegebruik)

1. Observatie en rapportage volgens observatielijst
2. Artsen visite / POP visite
3. HADS moeder
4. NAS baby (Finnegan)

Randvoorwaarden: 1 persoonskamer, zoveel mogelijk dezelfde verpleegkundige, baby op de kamer, partner betrekken (wat gaat de rol zijn thuis?)



