

Zorg voor een GHB-verslaafde zwangere; tussen droom en daad

M.H. Bakker, J.J. Peters, D.J. Pot, J.G. Upmeijer, K.M. Paarlberg

De wetenschappelijke literatuur over verslaving aan gammahydroxyboterzuur (GHB) tijdens de zwangerschap is zeer beperkt. Wij presenteren een 30-jarige primigravida met een GHB-verslaving die werd verwezen naar de POP-poli (psychiatrie, obstetrie, pediatriepoli) van Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn, waarbij het vooraf opgestelde behandelplan in de praktijk niet kon worden gevolgd. Het POP-team koos ervoor zonder gedwongen afkicktraject de zorg voor moeder en kind te optimaliseren. Met deze casus willen we aandacht vragen voor de GHB-verslaafde zwangere en handvatten bieden aan toekomstige behandelaars van moeder en kind.

Achtergrond

GHB is een inhiberende neurotransmitter die van nature in de hersenen voorkomt. GHB wordt in toenemende mate gebruikt als partydrug vanwege de ontremmende en libidoverhogende eigenschappen. Ook buiten het uitgaansleven wordt GHB steeds vaker gebruikt, en is de hulpvraag vanwege GHB-verslaving de afgelopen jaren toegenomen. Het huidige aantal GHB-gebruikers in Nederland wordt geschat op 22.000.¹ De belangrijkste symptomen van GHB-intoxicatie zijn bewustzijnsverlaging en vegetatieve verschijnselen.² Onthouding kenmerkt zich onder andere door tremor, agitatie, hallucinaties en insulteren en dient behandeld te worden met ondersteunende maatregelen en hoge doses benzodiazepines. De mogelijkheid van gecontroleerd afkicken via medicinale GHB wordt nog onderzocht.² Er is weinig bekend over GHB-gebruik tijdens de zwangerschap. Het is onduidelijk of en in welke concentraties GHB de foetus bereikt, of de foetus GHB kan afbreken en welke effecten het heeft op de foetale ontwikkeling. Gezien deze onduidelijkheid en de algemene schadelijke gevolgen van een verslaving raden het Trimbos instituut en teratologie-informatiecentrum van het RIVM het gebruik van GHB tijdens de zwangerschap en lactatie af.³ Een zoekopdracht in Pubmed en PsycINFO naar literatuur over GHB en zwangerschap tot januari 2012 met de zoektermen ('gamma hydroxybutyric

acid' OR 'sodium oxybate' OR '4 butyrolactone' OR 'liquid ecstasy') AND ('pregnancy' OR 'fetus') leverde slechts twee relevante artikelen op.^{4,5} In een recent review over drugsgebruik tijdens de zwangerschap worden nicotine, cannabis, heroïne, methadon, cocaïne, speed, hallucinogenen, benzodiazepines en alcohol besproken.⁶ GHB-specifieke aanbevelingen ontbreken nog.

Casus

Patiënte A, een 30-jarige primigravida, werd bij een amenorrhoeë (AD) van 11+6 weken door haar verloskundige aangemeld bij de POP-poli van Gelre Apeldoorn. A gebruikte sinds 15 jaar speed en sinds 4 jaar GHB waarbij ze negen maal was opgenomen wegens een GHB-intoxicatie. Sinds de zwangerschap was het GHB-gebruik afgenomen van 5 ml elke 2 uur naar 5 ml per 8 uur; speed gebruikte ze af en toe. A was dakloos en had een instabiele relatie. Tijdens het eerste consult bij de gynaecoloog werd met patiënte de optie besproken om de zwangerschap af te breken gezien de expositie aan eerder genoemde middelen en haar huidige sociale situatie. Patiënte wilde de zwangerschap uitdragen.

Zwangerschapscontroles: het plan

Het POP-team maakte bij AD 19 weken afspraken over het gezamenlijke beleid. Afsproken werd om patiënte te zien op de polikliniek psychiatrie en elk trimester een screening op drugs te laten verrichten. Reguliere policonroles en een geavanceerd echografisch onderzoek (GUO) bij AD 20 weken werden afgesproken bij de gynaecoloog. Er werd afgesproken een prenataal consult met de kinderarts te plannen en de neonat op de couveuze-afdeling op te nemen en op onttrekkingsverschijnselen te monitoren middels de Finnegan score.⁷ Er zou een klinisch kraambed komen waarin met behulp van de afdeling Preventie van GGNet (GGZ-instelling te Apeldoorn) de moeder-baby-interactie zou worden geobserveerd volgens de methode van de 'ouder-baby-interventie'.⁸ Na overleg met de huisarts werd het Advies- en

Meldpunt Kindermishandeling (AMK) ingelicht gezien de zeer zorgelijke situatie. Tevens werd er een medisch maatschappelijk werker als case manager aangesteld, die contact zou houden met het instituut voor verslavingszorg en de registrerende rol m.b.t. het nakomen van poli-afspraken op zich zou nemen. Driewekelijkse POP-besprekingen werden gepland om de ernst van de situatie te vervolgen en aanvullende maatregelen te bespreken.

Zwangerschapscontroles: de praktijk

Tussen AD 17 en 27 weken verscheen A niet op de poli-controles, noch heeft zij een GUO laten verrichten op het afgesproken tijdstip. Het bleek niet mogelijk haar te traceren, ondanks navraag bij haar huisarts en de hulpinstanties waar zij bekend was.

Bij AD 30+3 bezocht patiënte de polikliniek psychiatrie en werd ze gediagnosticeerd met middelenmisbruik en een persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (nao). Voor begeleiding hiervoor werd zij doorverwezen naar de regionale instelling voor verslavingszorg. Toxicologische screening vond plaats door middel van urinecontrole. De urine van A was bij AD 27+4 weken eenmaal positief voor cannabis gebruik. Bij AD 30+5 weken was de uitslag op GHB positief (2478 mg/L) en bij AD 34+5 werd zowel GHB (1688 mg/L) als amfetamine aangetoond. Het POP-team zag af van een gedwongen afkicktraject van GHB, omdat hoge doses benzodiazepinen voor de foetale ontwikkeling slechter geacht werden dan GHB-gebruik. Drugsgebruik is tot de partus niet meer aangetoond. De bloeddruk bleef de hele zwangerschap binnen de normaalwaarden. De foetus volgde een normale groeicurve tot een zwangerschapsduur van 35 weken, waarna de hoofdomtrek en het foetale gewicht afbogen tot onder de tiende percentiel. De Raad van de Kinderbescherming (RvK) sprak een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) voor het ongeboren kind uit.

Bevalling en kraamzorg

A werd bij AD 37+3 weken opgenomen in verband met haar sociale situatie en verslavingsproblematiek. Bij AD 38+5 weken werd de baring ingeleid. Tijdens de cervicale priming verdween A tegen advies gedurende meerdere uren uit het ziekenhuis en is zij door de politie terug gebracht. Een dag later braken haar vliezen spontaan en raakte A in partu. Wegens foetale nood en meconiumhoudend vruchtwater werd door middel van een vacuümextractie jongetje B geboren. B werd opgevangen door de kinderarts met een matige start en een Apgarscore van 5/7/8, pH navelarterie 7,13 en pH navelvene 7,20, geboortegewicht 2720 gram (25ste percentiel) en een schedelomtrek van 36,7 cm (98ste percentiel). Het aspect was dysmatuur zonder dysmorphieën. In de eerste paar uur toonde de zuigeling zich onrus-

tig en geprikkeld. Vanwege de mogelijkheid van een (bijkomende) infectie werd gestart met antibiotica en zuurstof. Nadien was de finnegan-score voortdurend normaal (maximaal 4) en herstelde B goed. Postpartum was de urine van A positief voor cannabis en negatief voor GHB. A ontwikkelde koorts in het kraambed en was afwisselend apathisch en gegiteerd. Zij kreeg antibiotica, benzodiazepines en haloperidol toegediend. Een infectie kon niet worden aangetoond. Het aanbod om gelijk na haar kraambed af te kicken sloeg zij af. A en partner hielden zich niet aan gemaakte afspraken en verschenen een aantal malen versuft op de afdeling neonatologie. In het belang van de veiligheid en gezondheid van het kind werd besloten om A na een medische controle uit het ziekenhuis te ontslaan. Jongetje B werd via een rechterlijke ondertoezichtstelling geplaatst in een pleeggezin. Tot op heden doorloopt B een normale groei en ontwikkeling, behoudens een ernstig perceptief gehoorverlies. Patiënte is niet verschenen op de nacontrole bij de gynaecoloog.

Aanbevelingen

In bovenstaande casus was er sprake van een zwangere met een GHB-verslaving, die daarnaast speed en cannabis gebruikte tijdens de zwangerschap. Patiënte was niet gemotiveerd om af te kicken en vertoonde zorgmijndend gedrag. Het vooraf opgestelde behandelplan kon hierdoor in de praktijk niet gevolgd worden. Het POP-team koos ervoor zonder gedwongen afkicktraject de zorg voor moeder en kind te optimaliseren. Naar aanleiding van onze ervaring geven we enkele aanbevelingen voor de begeleiding van GHB-verslaafde zwangeren.

- *Screen op vaste tijdstippen op drugsgebruik*, maar besef dat de waarde van de bevindingen onduidelijk is. Door de korte halfwaardetijd van GHB en mogelijk afzien van inname voor de test is GHB niet altijd te detecteren. Daarnaast scheiden chronische gebruikers en zwangere vrouwen hogere concentraties GHB in de urine uit dan niet-zwangere vrouwen. Om vals-positieve testuitslagen te vermijden wordt geadviseerd om de GHB-concentratie te corrigeren voor de kreatinineconcentratie of een hogere afkapwaarde te nemen.⁴ In bovenstaande casus werd GHB-gebruik in de urine bepaald met behulp van GC-MS (gaschromatografie met massaspectrometrie) waarbij GHB wordt omgezet in gamma-butyrolacton (GBL) en de som van omgezette GBL en natuurlijk GBL vervolgens wordt gemeten. We hanteerden een hoge detectiegrens van 10 mg/l. Houd er tevens rekening mee dat een verslaafde zwangere - net als in de casus - mogelijk meerdere verschillende typen drugs tijdens de zwangerschap gebruikt.

- *Overweeg en bespreek afkicken tijdens de zwangerschap*. De foetus loopt mogelijk meer schade op door hoge doses benzodiazepines, dan door GHB-gebruik.

Bovendien kan eventuele continuering van het GHB-gebruik naast de benzodiazepines tot epileptische insulten en ademdepressie leiden waarvoor IC-opname noodzakelijk kan zijn. Waarschijnlijk is in de toekomst afkicken via medicinaal gebruik van GHB een mogelijkheid.²

• *Monitor het welzijn van het kind.* Bij verslaafde zwangeren is er een verhoogde kans op intra-uteriene groeiretardatie, vroeggeboorte en intra-uteriene vruchtdood. Daarom zijn regelmatige echografische controles geïndiceerd. Na de geboorte moet bij de neonat rekening gehouden worden met onttrekingsymptomen. Een associatie tussen prenatale expositie aan GHB en perceptief gehoorverlies is niet uit te sluiten.

• *Houd rekening met zorgmijding.* Het behandelteam dient zich flexibel op te stellen, om zoveel mogelijk het voorgestelde behandelplan te kunnen uitvoeren. Door zorgmijding goed te registreren kan een inschatting worden gemaakt of een succesvolle ouder-kind relatie mogelijk is.

• *Bundel en deel expertise.* Het verdient aanbeveling om zwangeren met verslavingsproblematiek en/of zorgmijdend gedrag in een multidisciplinair (POP) team te begeleiden om de zorg voor moeder en kind zo goed mogelijk te coördineren. Het nauw samenwerken van de kinderarts, gynaecoloog en psychiater leidt tot een daadkrachtiger team waarin beslissingen sneller genomen kunnen worden.

Over de POP-poli

De POP-poli in Apeldoorn is in 2009 opgericht naar voorbeeld en advies van het POP-expertisecentrum in het St. Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam⁹ om de communicatie en de zorg rondom (toekomstig) zwangere vrouwen met psychiatrische problematiek en hun nog ongeboren kind te optimaliseren. Naast 'vrouwen met verslavingsproblematiek' is de doelgroep: vrouwen met een psychiatrische aandoening, vrouwen die psychofarmaca gebruiken, vrouwen met een eerstelijns verwante met een psychiatrische aandoening en/of sociale problematiek. Het doel is verloskundige complicaties te verminderen, de gemoedstoestand van de aanstaande moeder te verbeteren en de hechting tussen moeder en kind te verbeteren.

Literatuur

1. *Nationale Drugsmonitor Jaarbericht 2010.* Utrecht: Trimbos Instituut, 2011.
2. van Noorden M.S., R. Kamal, C.A.J. de Jong, A.C.M. Vergouwen & F.G. Zitman, *GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom.* Ned. Tijdschrift. Geneesk. 2010 153:A1286.
3. Anonymous, *GHB en Zwangerschap.* www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/ghb/ghb-algemeen/zwangerschap. Trimbos Instituut,

2011.

4. Raknes G., L. Aronsen & O.M. Fuskevåg, *Urinary Concentration of Gamma-Hydroxybutyric Acid and Related Compounds in Pregnancy.* J. Anal. Toxicol. 2010 34: 394-399.
5. Kuzckowski K.M., *Liquid ecstasy during pregnancy.* Anaesthesia. 2004 59:915-926.
6. Wong S., A. Ordean, M. Kahan, *Substance use in pregnancy* J Obstet Gynaecol Can. 2011 33(4):367-84.
7. Finnegan L.P., R.E. Kron, J.F. Connaughton & J.P. Emidl, *Assessment and treatment of abstinence in the infant of the drug-dependent mother.* Int. J. Clin. Pharmacol. Biopharm. 1975 12:19-32.
8. van Doesum K., *An early preventive intervention for depressed mothers and their infants. It's efficacy and predictors of maternal sensitivity.* Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen, 6 december 2007
9. Wewerink A., A. Honig, M.H.B. Heres & J.M.B. Wennink, *Stand van zaken: Psychiatrische stoornissen bij zwangeren en kraamvrouwen.* Ned. Tijdschrift. Geneesk. 2006;150:294-8

Samenvatting

Titel: Zorg voor een GHB-verslaafde zwangere; tussen droom en daad.

De wetenschappelijke literatuur over GHB-verslaving in de zwangerschap is zeer beperkt. Wij presenteren een patiënte, een 30-jarige primigravida met een GHB-verslaving, die verwezen werd naar het psychiatrie-, obstetrie- en pediatrie-expertisecentrum (POP-poli) van Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn. Patiënte was niet gemotiveerd voor een afkicktraject en vertoonde zorgmijdend gedrag waardoor de zwangerschapcontroles niet verliepen zoals gepland. Reeds in een vroeg stadium werd het AMK ingeschakeld. Het POP-team koos ervoor zonder gedwongen afkicktraject de zorg voor moeder en kind te optimaliseren, omdat hoge doses benzodiazepinen voor de foetale ontwikkeling slechter geacht werden dan GHB-gebruik. Medisch gezien verliepen de zwangerschap en partus zonder complicaties. Het kraambed was gecompliceerd door koorts en heftige onttrekingsverschijnselen. De neonat had een matige start en werd uiteindelijk ondergebracht in een pleeggezin. Behoudens een ernstig perceptief gehoorverlies doorloopt de neonat een normale groei en ontwikkeling. Wij raden aan bij GHB-verslaafde zwangeren op vaste tijdstippen op drugsgebruik te screenen, de mogelijkheid van afkicken tijdens de zwangerschap zorgvuldig te overwegen, het welzijn van het kind intensief te monitoren, rekening te houden met zorgmijding en expertise te bundelen in een multidisciplinair team.

Trefwoorden

GHB; verslaving; zwangerschap; afkicken; zorgmijding.

Summary

Title: **Management of a pregnant woman addicted to GHB; plan and practice.** There is limited scientific literature on GHB use in pregnancy. We present a 30-year-old primigravida addicted to gamma-hydroxybutyric acid (GHB). The patient was not motivated for detox treatment and showed care avoiding behavior. Because of this, the initial plan of management could not be taken into practice. In an early stage the child abuse centre was informed. The POP team (psychiatry, obstetrics, pediatrics) refrained from a forced detox treatment with high doses of benzodiazepines, as this might be worse for fetal development compared to GHB use. Both pregnancy and parturition passed without medical complications. The puerperium was complicated by fever and severe withdrawal symptoms. The neonate had a moderate start and

was accommodated in a foster family. Until now, the child shows a normal development besides a severe perceptive hearing impairment. In case of GHB addiction special attention should be paid to screening on drugs, possibilities for detox treatment, monitoring of the neonate, care avoiding behaviour; preferably in a multidisciplinary team.

Auteurs

Mette Heleen Bakker, MSc, basisarts.

Joosje Janna Peters, BSc, student geneeskunde.

Drs. Dirk Jan Pot, kinderarts.

Drs. Jan Gerrit Upmeijer, psychiater.

Dr. Karen Marieke Paarlberg, gynaecoloog en contactpersoon.

allen Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn

Apeldoorn, the Netherlands

e-mail: km.paarlberg@xs4all.nl

Belangenverstrengeling

Alle auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

FERRING
PHARMACEUTICALS

Naam van het geneesmiddel: Lutrelef 3,2 mg (voor gebruik in combinatie met de LutrePulse pomp). **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Per injectieflacon 3,2 mg gonadorelinediacetaat. **Farmaceutische vorm:** Poeder voor injectievloeistof. **Therapeutische indicaties:** Bij de vrouw: steriliteit op basis van anti-oestrogeen resistente hypothalamie amenorrhoea en anovulatie. **Contra-indicaties:** Niet verdragen van een langdurige subcutane therapie. **Bijwerkingen:** Ontsteking op de injectieplaats, allergie, gevoelige borsten en gynaecomastie. Bij herhaalde toediening van > 0,5 mg: misselijkheid, buikpijn en hoofdpijn. De kans op meerlingzwangerschap is bij ovulatieinductie met gonadoreline verhoogd. **Registratiehouder:** Ferring BV, Postbus 184, 2130 AD Hoofddorp. **Registratienummer:** RVG 10919. **Afleverstatus:** UR. **Datum:** Sep 2010