

Bipolaire stoornissen in de verschillende levensfasen

Anja Stevens, Annemieke Dols en Esther Mesman



- fase van de adolescentie
- fase van kindwens en zwangerschap
- fase van oudere volwassene



Jong en bipolair

Vroegherkenning en behandeling

Dr. Esther Mesman

GZ-psycholoog en senior onderzoeker

Esther.mesman@erasmusmc.nl

ErasmusMC (Sophia)

- Vroegdiagnostiek, indicatiestelling en consultatie KOPP / Jonge bipolair
- Psycho-educatie bipolaire stoornissen bipolaire stoornissen
- Combi-poli
- Zwangerschapspsychiatrie
- Rotterdam Offspring Netwerk



Vandaag

- Adolescentie
- Stagering en vroegherkenning
- Differentiaal diagnostiek
- Behandeling



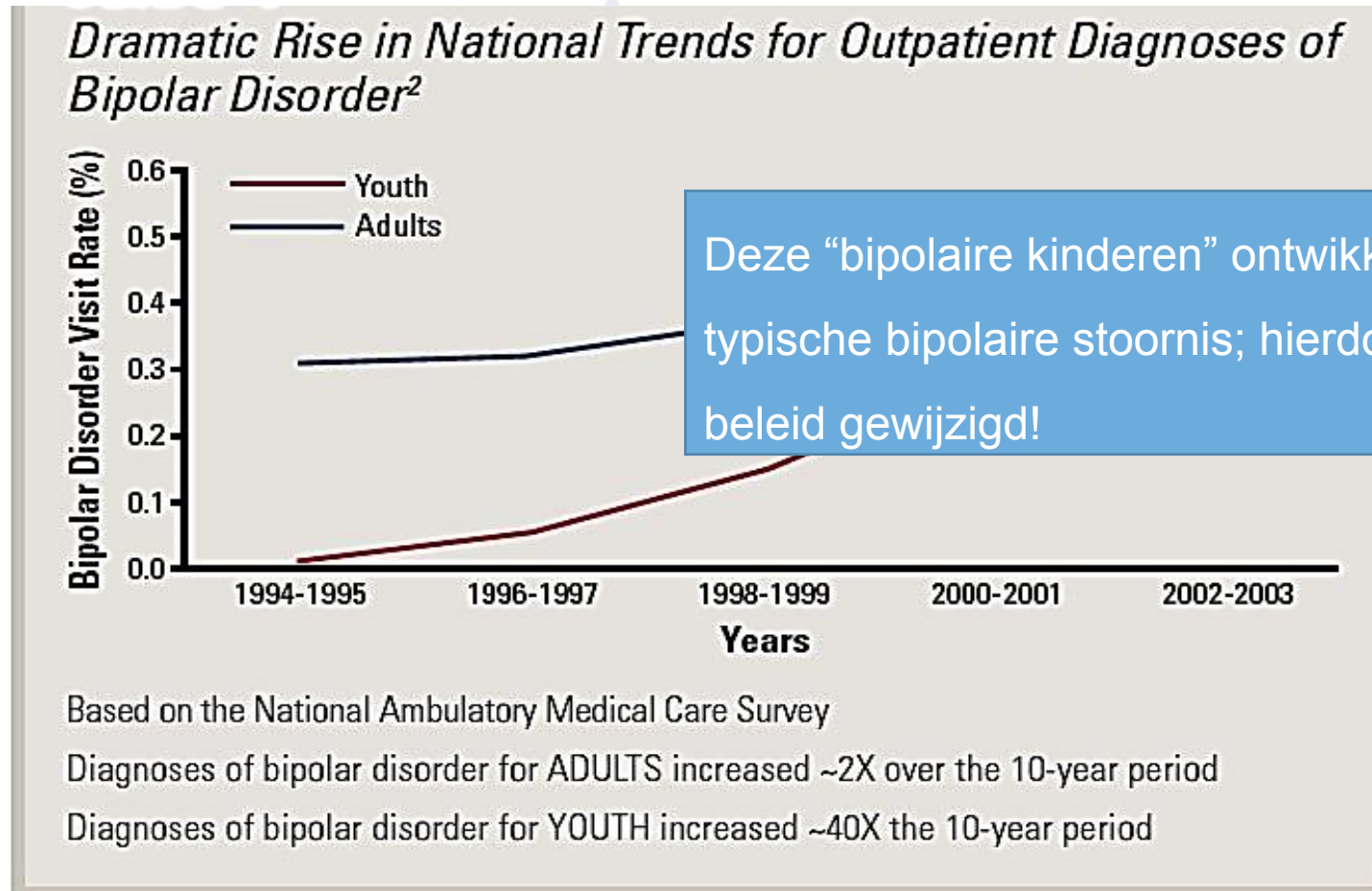
Wat niet:



- In de VS werd tot voor kort een brede definitie voor Bipolaire stoornissen bij kinderen en adolescenten gehanteerd.
- Zeer snelle wisselingen van stemming (op een dag) en een voortdurende (chronische) prikkelbaarheid.
- In Europa zien en stellen we de diagnose BPD bij kinderen nauwelijks.

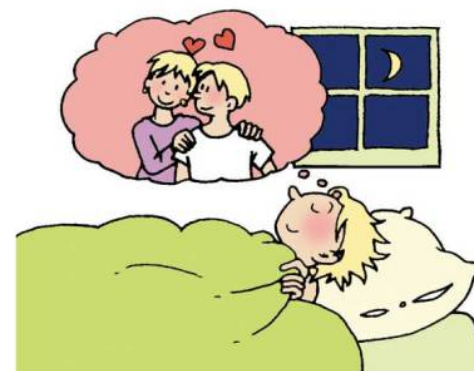
In VS een explosieve toename van diagnoses bipolaire stoornissen onder de 18 jaar.

Aantal diagnoses BPD is verveertigvoudigd (Moreno et al. 2007)



Deze “bipolaire kinderen” ontwikkelingen geen typische bipolaire stoornis; hierdoor nu ook in VS beleid gewijzigd!

Adolescentie



Wat weten we van bipolaire stoornissen bij jongeren? **Wat is anders?**

- Ander beeld?

Ja, vaker ernstiger afwijkend gedrag en psychose

- Wanneer en waar begint het mee?

Tussen 15-25e jaar
Depressieve episode (vaak gemist)

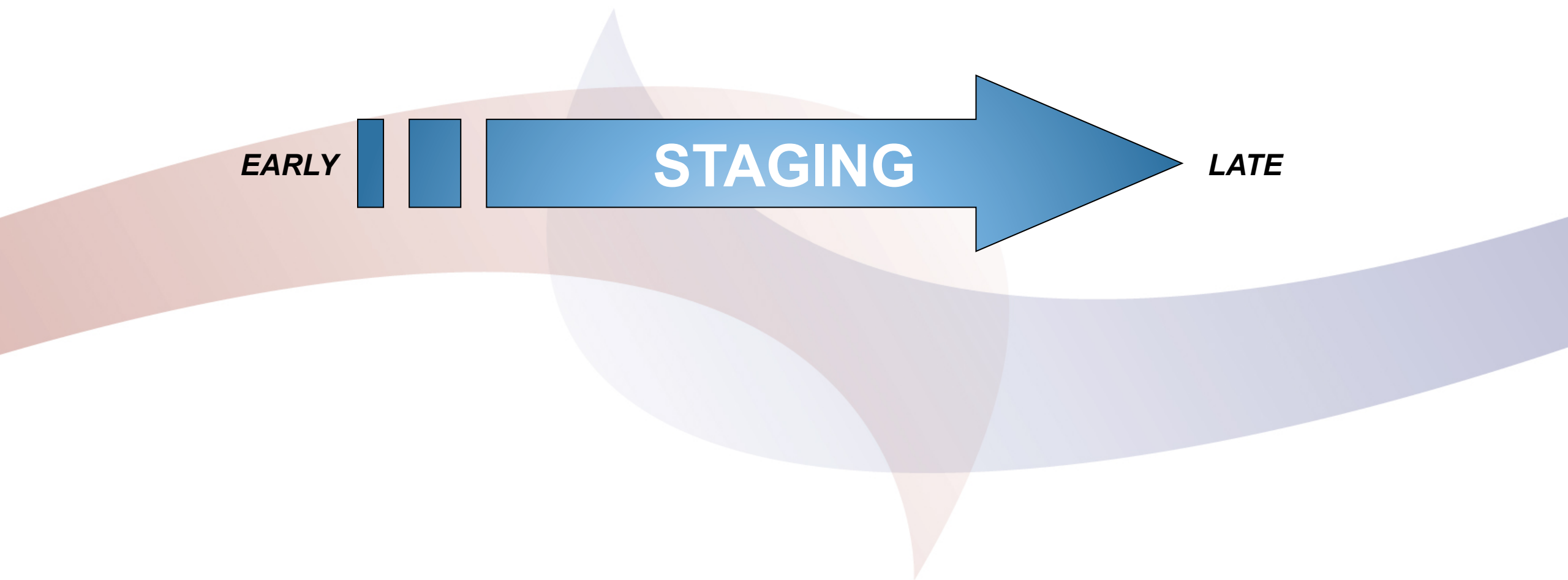
- Hoe herken je het?

Diagnose wordt vaak gemist, breng risico factoren in kaart, maak gebruik van tijdslijn (life chart).

- Andere behandeling?

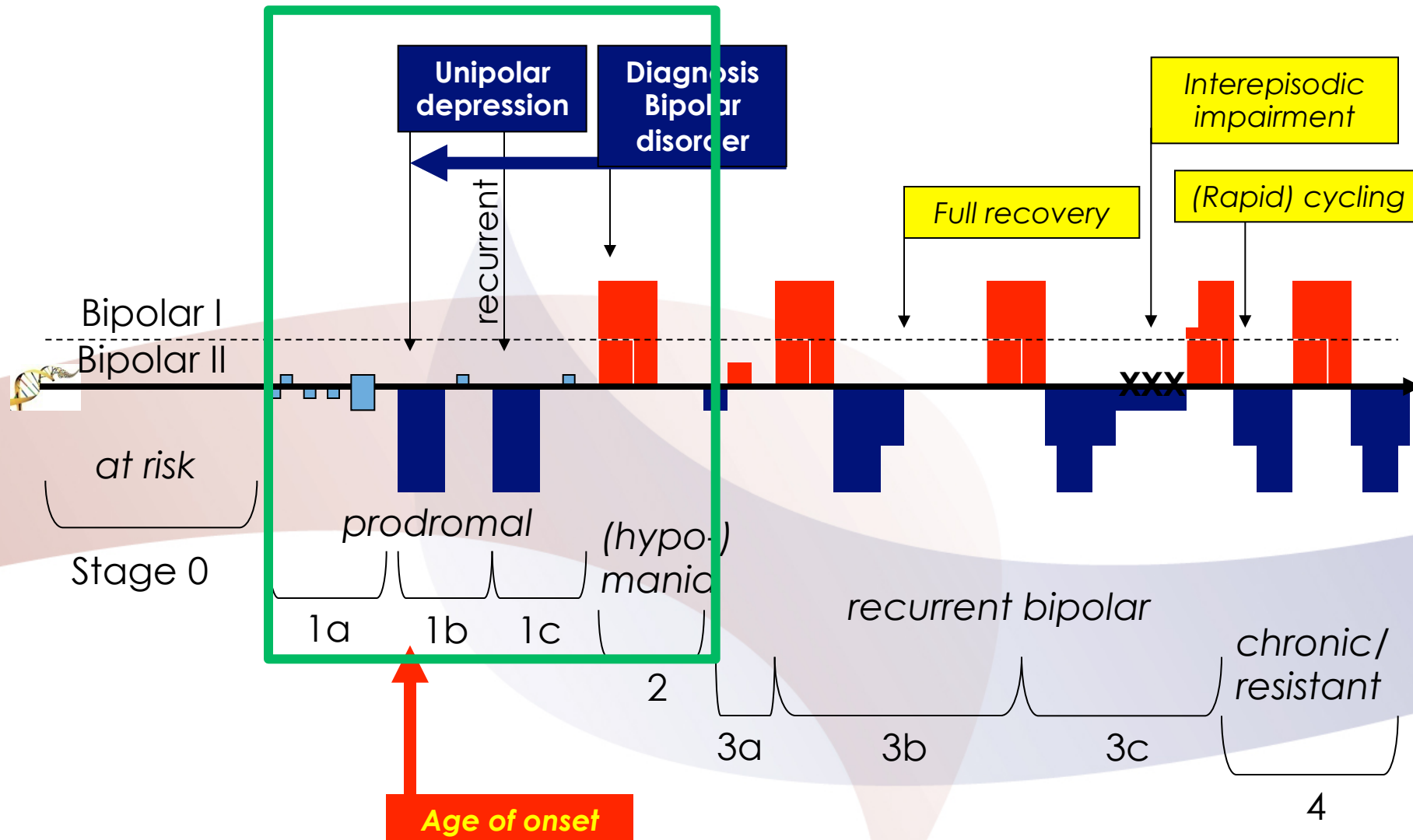
Begeleiding meer op leeftijdsfase en gezin gericht. Medicatie: weinig onderzoek bij jongeren

Beloop van de bipolaire stoornis

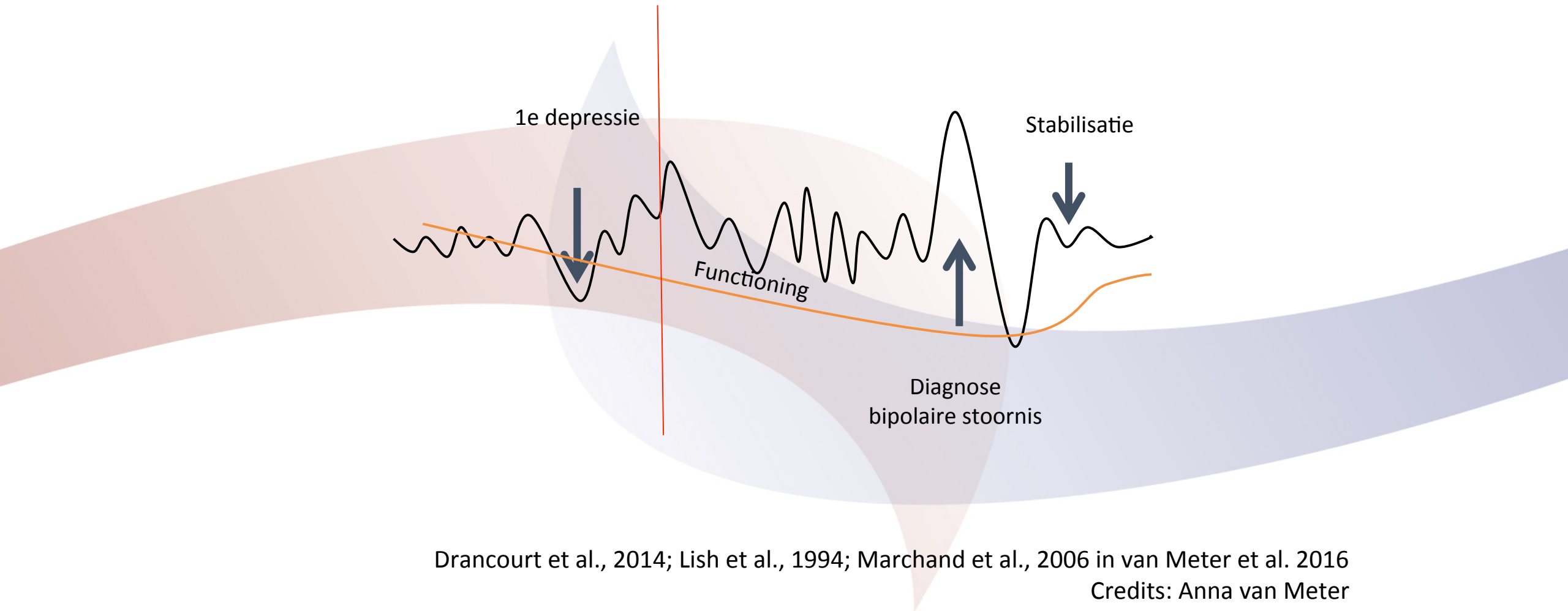


Long-term staging of bipolar disorder

(modified from Berk et al, *Bipolar Disorders*, 2007; 9: 671- 678)



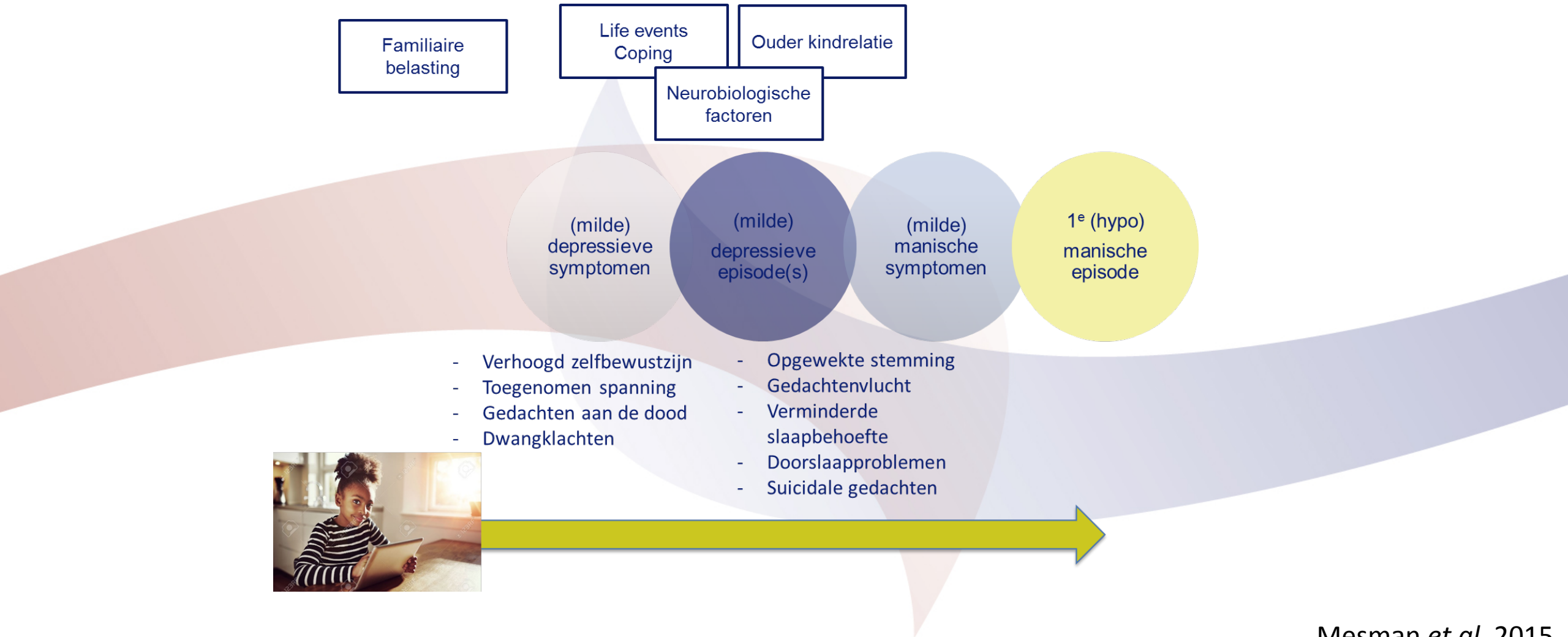
Vroegherkenning



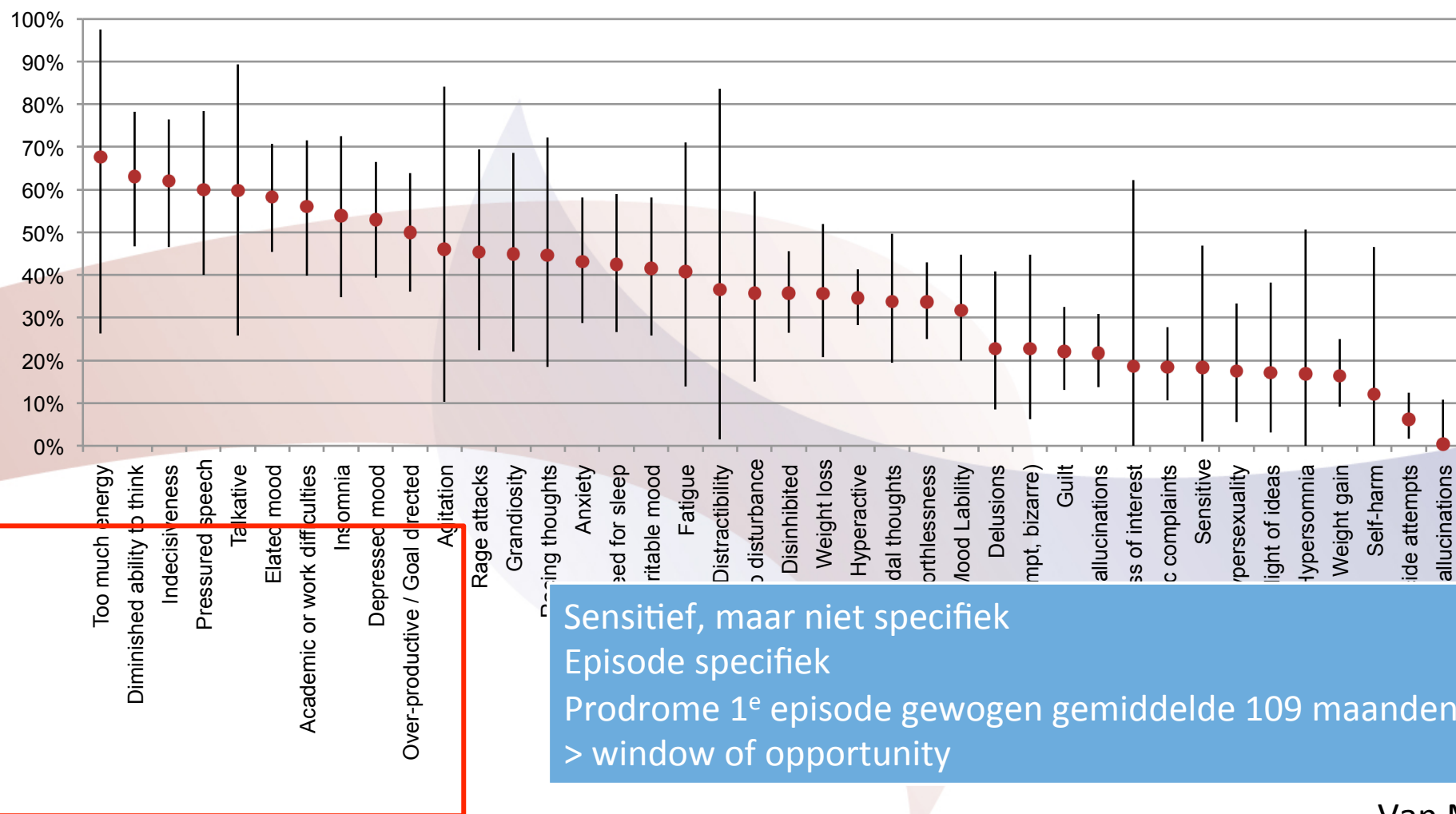
Drancourt et al., 2014; Lish et al., 1994; Marchand et al., 2006 in van Meter et al. 2016

Credits: Anna van Meter

Resultaten langlopend onderzoek: Nederlandse KBO Studie



Bipolaire prodrome: een meta-analyse (K=11)



Differentiaal diagnose bipolaire stoornis tijdens Adolescentie

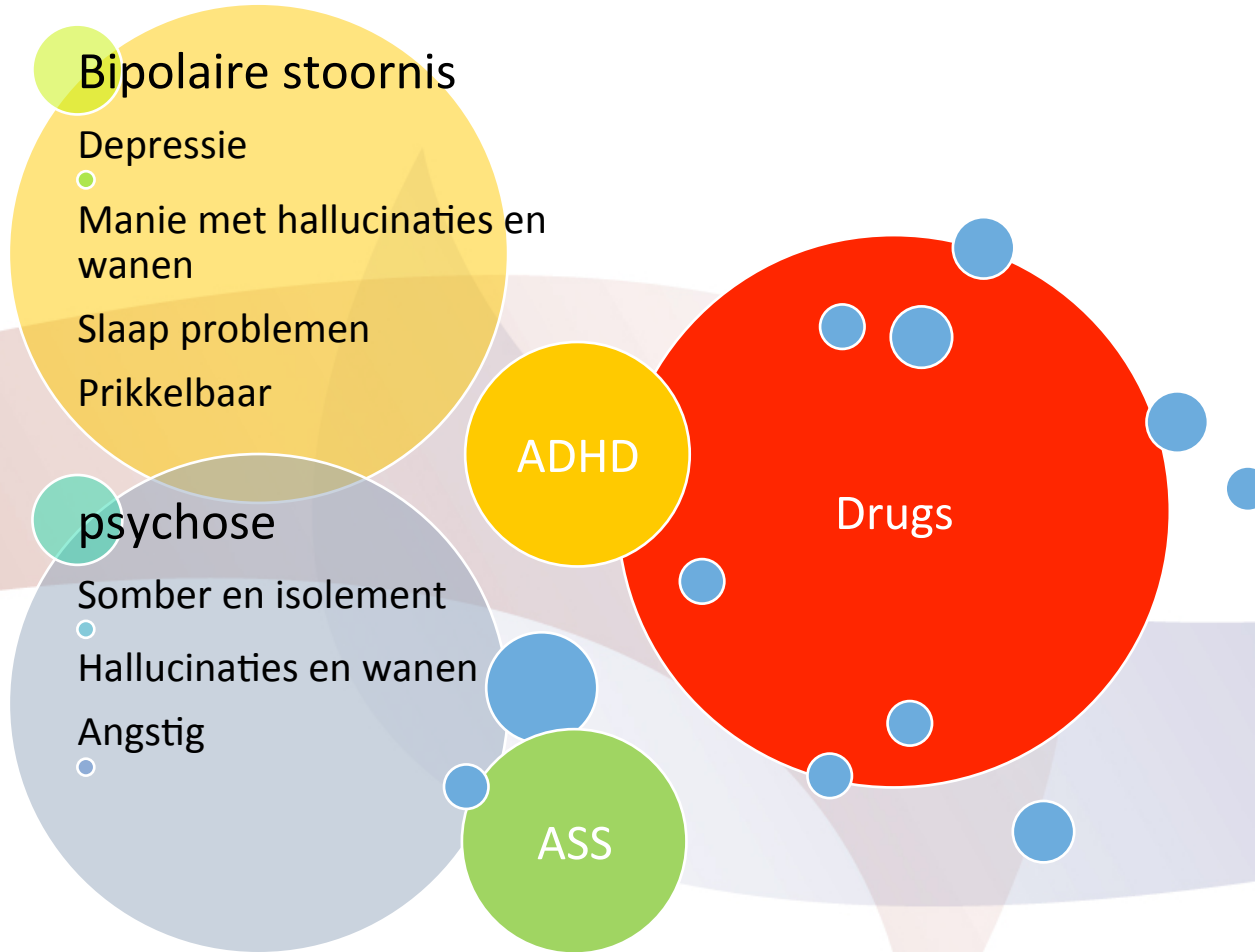
Bipolaire stoornis kenmerkt zich door:

- Episodisch verloop van symptomen van somberheid, euforie, prikkelbaarheid en ontremming, eventueel met psychotische symptomen.
- Gedragsproblemen kunnen periodiek voorkomen.

Non-episodisch dan overwegen:

- **ODD/ADHD:** gedragsproblemen zijn al vanaf jonge leeftijd aanwezig; affect labiliteit kan hierbij ook voorkomen.
- **Psychotische stoornis:** negatieve symptomen zijn soms moeilijk te onderscheiden van een depressie, waarbij de chronische leegte op de voorgrond kan staan. Achteruitgang in functioneren is vaak eerder aanwijsbaar dan psychotische symptomen.
- **Geagiteerde depressie:** Geen ontremming van de gedachtengang Dit is wel het geval bij de gemengde manie.

Veel symptomen komen bij verschillende diagnoses voor.



Bipolaire stoornis bij adolescenten

Top drie vanuit poli KJPP – accent bipolair

1. Identiteitsproblemen / borderline kenmerken
2. ADHD / ODD met frequente (dagelijkse) stemmingswisselingen
3. ASS met depressieve episodes en prikkelbaarheid

Onderscheid van bipolaire stoornis:

Dynamiek in reactiviteit van stemmingswisselingen.

Te mild, kort en zonder kern-kenmerken van manie (verhoogd energieniveau).

Prikkelbaarheid is GEEN kern-kenmerk.

wat is nodig?

Onderscheid ziekte en pubergedrag is moeilijk
Beschermen
Toekomstperspectief
Rouw, Schuldgevoelens (ouders met stemmingsstoornis)
Aandacht voor broers/zussen

Uitgaan (alcohol, drugs, dag/nachtritme)
Vrienden (wat mogen ze weten, wat merken ze, uitstoting, steun)
Uiterlijk (bijwerkingen medicatie)
Seks (ontremming, gevolgen voor imago)
Ouders (eigen rouw en rouw van ouders)
School (concentratie en prestaties)



Boos, kritisch, overbezorgd
Bipolaire stoornis als excuus?
Doe normaal!
Niet weer...ik ben er ook nog

Basis van huidige richtlijn

-Medication (K=27)

- Acute mania (K=16)
- Acute depression (K=4)
- Long-term management (K=2)
- For comorbid ADHD (K=3)
- For comorbid substance abuse (K=1)
- Weight management (K=1)

-Psychological interventions (K=2)

-Nutritional (K=1)



Medicatie

Acute MANIA

Any AP max 12 weeks

- aripirazol
- olanzap
- quetiap
- risperdone
- ziprazidone

Bipolar Depression

Lithium with:

SSR

trazodone

Quetiapine?

Longterm/ maintenance treatment

Lithium
valproine acid
(not in girls)

With little evidence from the literature...studies are lacking

Comorbidity: diagnosed after stabilization, preference for non-pharmacological interventions.
Caution for poly-pharmacy!
Addition of stimulants after mood stabilizations.

Randvoorwaarden voor goede behandeling jongeren met BS



1. Psychiatrische opname afdeling en polikliniek voor adolescenten.
2. Kinder- en jeugdpsychiater met expertise op BD voor diagnostiek en behandeling (farmacologisch).
3. Team van psychologen/of verpleegkundig specialist voor
 - familiebegeleiding,
 - CBT
 - Groeps- en individuele psycho-educatie voor pt en familieleden inclusief broers en zussen.
 - Neuro-psychologisch onderzoek, niveaubepaling
 - Noodplan en terugval preventieplan
4. Schoolbetrokkenheid voor advies over prestaties en programma/belasting
5. Lotgenoten contact voor adolescenten: levensstijl advies en support
6. Regelmatige updates van het plan voor terugvalpreventie.

Diagnostiek en behandeling: Wat is je plan?

1. Diagnostiek met behulp van retrospectieve life-chart en goede hetero- en familieanamnese
2. Uitsluiten middelen, intoxicaties, somatiek
3. Denk aan differential diagnose en familiale belasting
4. Mogelijke co-morbiditeiten hebben geen topprioriteit
5. Medicatie voor acute manische episodes zijn antipsychotica met aanvullend benzodiazepinen indien nodig en een gedragsrestrictief programma
6. Psycho-educatie, individuele therapie en gezinsgesprekken

Take home messages

- De voorlopers van een bipolaire ontwikkeling en normale adolescentie zijn lastig te onderscheiden, maar vroegdiagnostiek is belangrijk
- Heb oog voor risicofactoren en subklinische kenmerken zeker bij familiale belasting
- Heb in de behandeling oog voor de (verstoorde) ontwikkelingsopgaven en het systeem.
- Studies naar medicatie zijn beperkt
- Consulteer kinder- en jeugdpsychiater/specialistische poli

Zwangerschap en bipolaire stoornis: een uitdaging?

Anja Stevens, psychiater



Wat willen we?

- Een gezond kind, maar liefst ook
- een gezonde moeder en vader/partner!
- Oftewel een gezond gezin



Geen garantie op een gezond kind, ook niet
zonder psychofarmaca en zonder psychiatrische stoornis

Hoe bereiken we dat?

- Voorlichting
- Overleg
- Samenwerking



Bipolaire stoornis

- Tijdens de zwangerschap is het risico op decompensatie hetzelfde als buiten de zwangerschap
- In de postpartum periode is het risico 23 x hoger

Chaudron 2003, Kendell 1987,



Casus

- Gehuwd, vrouw van (nu) 36 jaar
- Na eerste bevalling postpartumpsychose, waarvoor opname
- Moeder bekend met postpartumpsychose
- Na tweede bevalling postpartumpsychose, waarvoor opname
- Ruim een jaar later depressieve episode, pas nu kan diagnose bipolaire stoornis gesteld worden
- Patiente heeft aanvankelijk veel weerstand tegen medicatie, maar na een aantal keren vallen en opstaan accepteert ze medicatie

Casus

- Vier jaar na de geboorte van de jongste dochter komt het echtpaar met de wens: “ we willen graag nog een dochter en nu liefst een “roze-wolk” kraamtijd.
- Hoe reageert u?



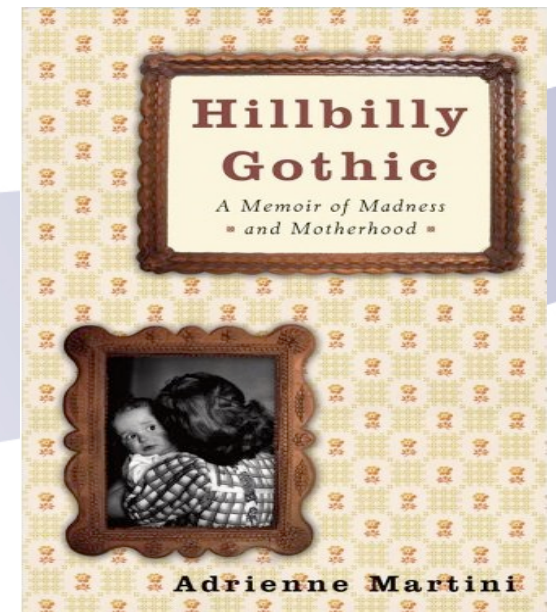
- Kinderwensperiode
- Zwangerschap
- Postpartumperiode
- Medicatie



Kinderwensperiode

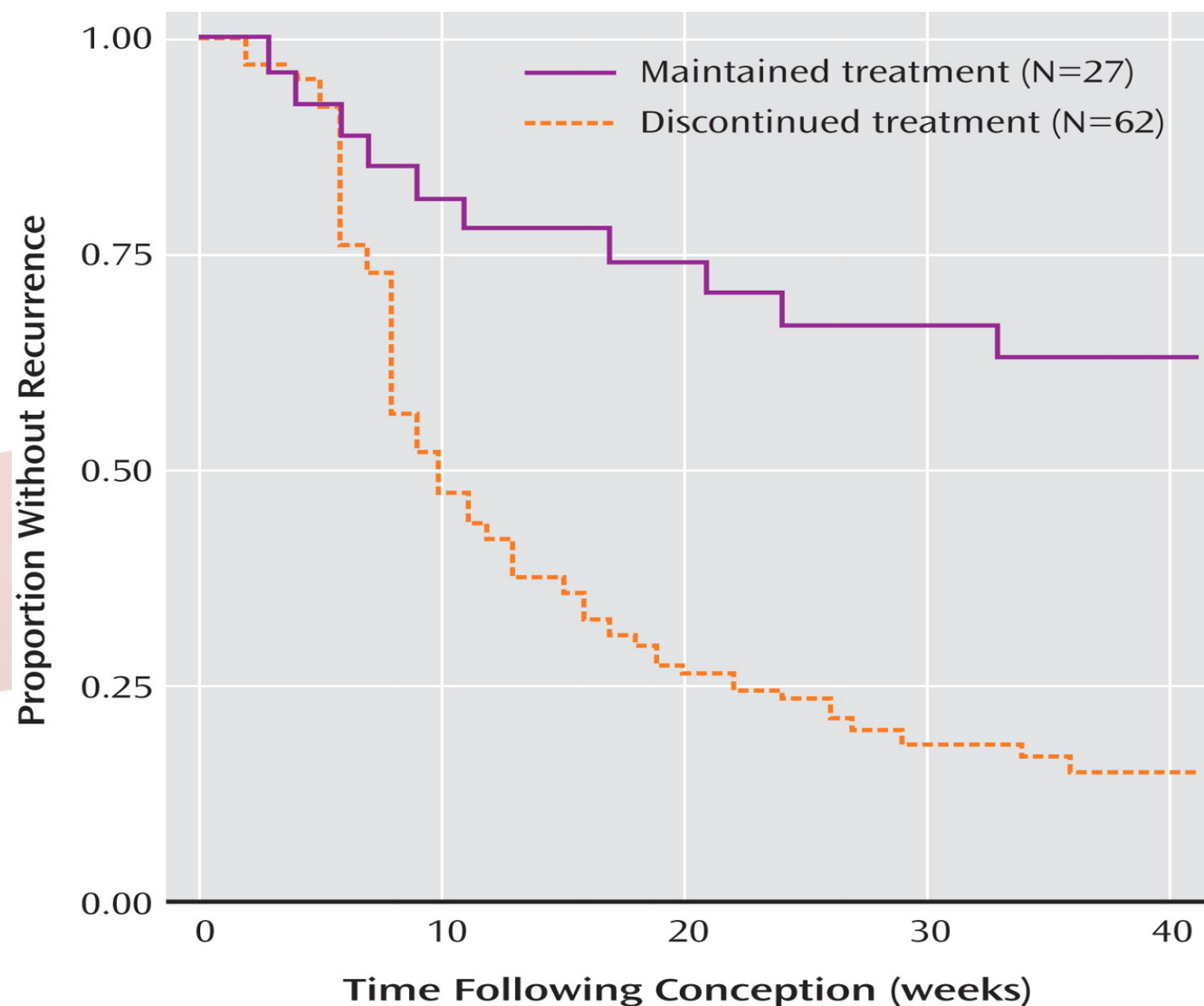
- Wel of niet zwanger worden
- Wel of niet stoppen met medicatiegebruik
- Wat te doen bij een zwangerschap
- Wat te doen tijdens en na de bevalling
- Is het erfelijk

"My family has a grand tradition,
after a woman gives birth, she goes
mad."



Wel of niet stoppen met medicatie

- Relatief weinig (goed) onderzoek naar gedaan
- Nieuwe inzichten (systematic review: recurrence rate met medicatie 24%, na stoppen met medicatie 71%)
- Afwegen beschermende werking medicatie en (mogelijke) negatieve consequenties voor de neonat
- Altijd een gespecialiseerde psychiater consulteren
- Geen enkele beslissing is vrij van risico!



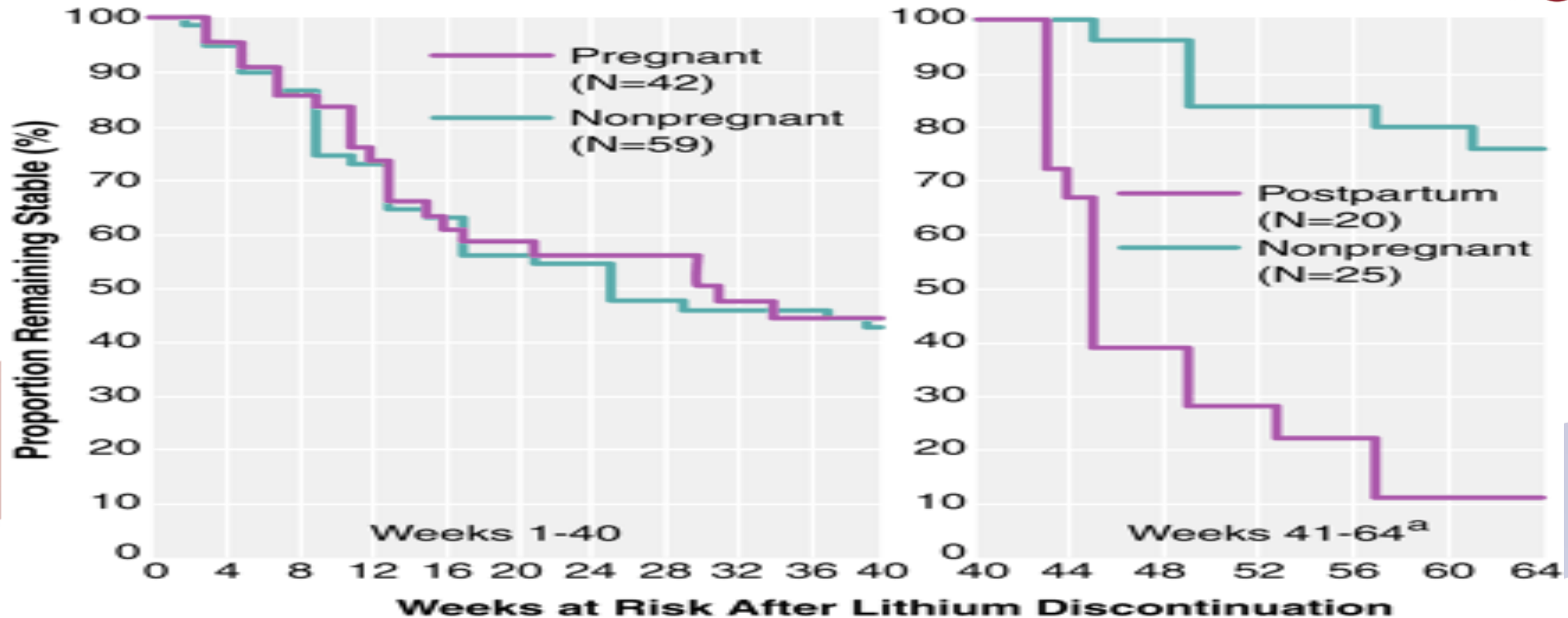
Overall recurrence risk = 71%

Recurrence with meds = 8/29 (27.6%) vs. without meds 50/60 (83.3%)

Time-to-first-recurrence >40wks with mood-stabilizer (ms) vs 9.0wks without ms

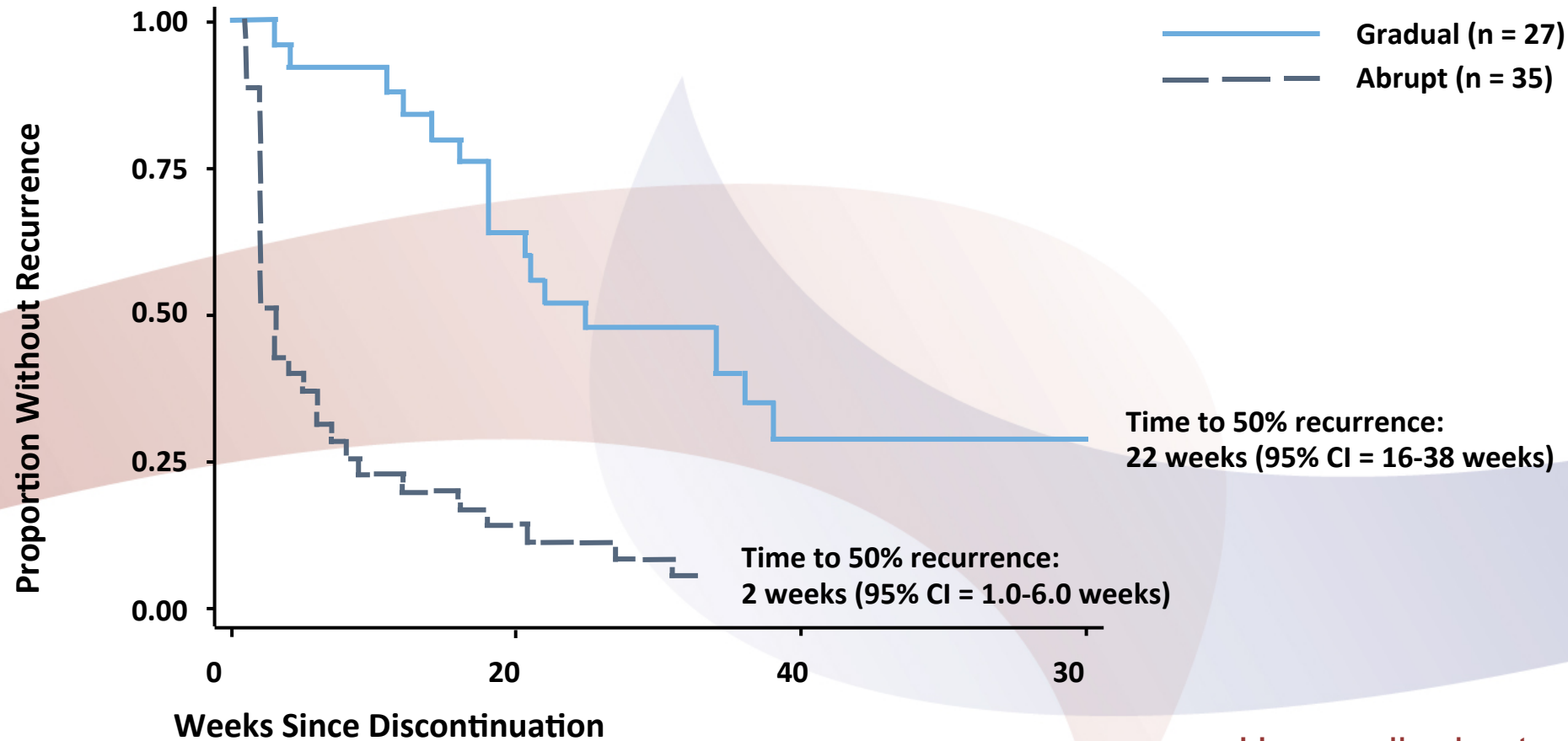
Stoppen met lithium
vergroot de kans op een episode

Terugval na stoppen met lithium



Tijdens zwangerschap geen verschil, in postpartumperiode groot verschil

Rapid Discontinuation Increases Risk for Recurrence During Pregnancy



Hoe sneller je stopt/afbouwt,
Des te groter is risico
Op terugval



Risico's voor moeder en baby

Risico van medicatie

- teratogeniteit
- Neonatale toxiciteit en onthouding
- Lange termijn gedrags-/cognitieve problemen
- Grotere kans op schuldgevoelens bij problemen kind
- Borstvoeding?
- Problemen bij kind op langere termijn

Voordelen voor moeder en baby

Risico van ziekte

- Onbehandelde ziekte kan geboortegewicht en tijdstip geboorte beïnvloeden
- Mogelijke schadelijke effect van stress tijdens zwangerschap op de foetus
- beïnvloedt mogelijk moeder/ kindgehechtheid en latere kind ontwikkeling

KLINISCHE OVERWEGINGEN



‘No decision is risk free’
&
‘No decision is perfect’

Welke geneesmiddelen verdienen de voorkeur?

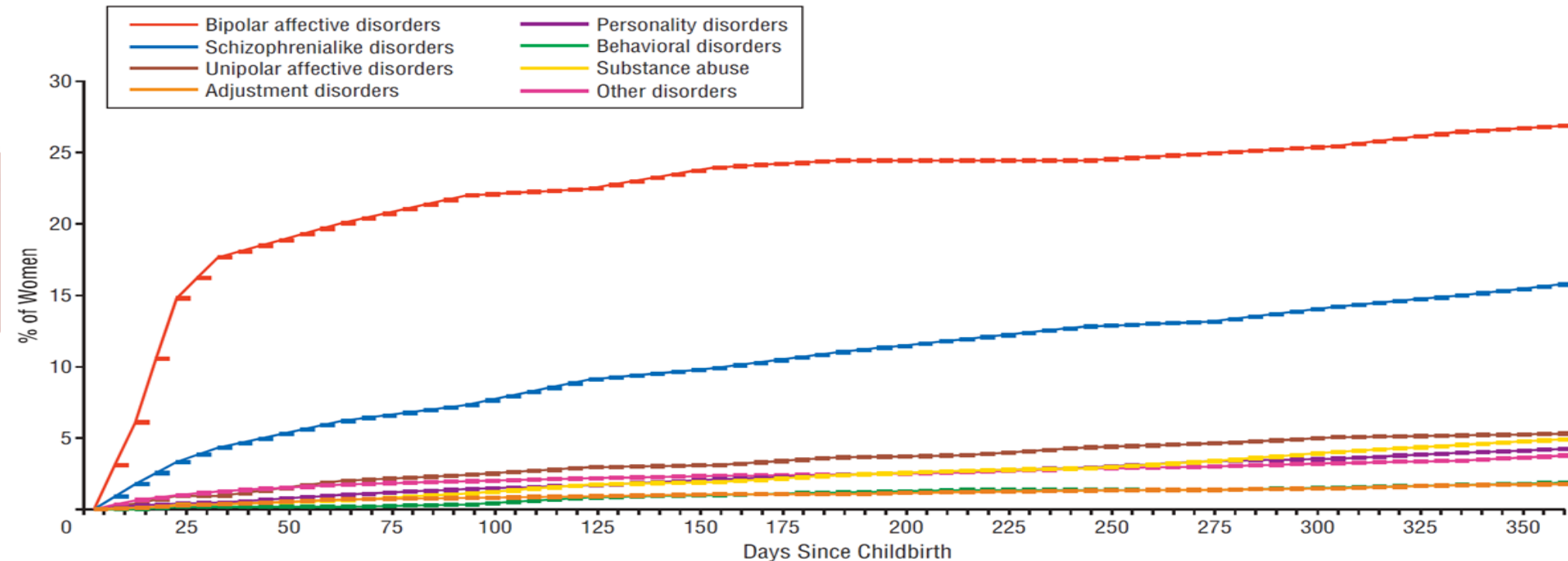
- Stemmingsstabilisatoren: **lithium** (Ebsteinanomalie)
boven valproaat en carbamazepine (neuraalbuisdefect)
- Antipsychotica: vooralsnog klassieke (**haloperidol**) boven atypische (**quetiapine**)
- Antidepressiva: TCA (**amitriptyline en nortryptiline**) en **SSRI**
- Benzodiazepinen: korte halfwaardetijd **lorazepam, oxazepam en temazepam**

Casus

- Patiënte kiest ervoor de lithium te continueren tijdens de zwangerschap
- Zij vreest vooral de postpartumperiode en wil dit maximaal voorbereiden
- Het liefst wil ze ingeleid worden, zodat de kans groter is dat ze overdag bevalt; er wordt overlegd met de gynaecoloog, die er niet op voorhand voor is, maar, mocht de nood aan de vrouw komen, het wel wil overwegen

Psychiatrische heropname

- Het risico op psychiatrische opname neemt fors toe in postpartumperiode
- De diagnose bipolaire stoornis is de sterkste voorspeller voor heropname in eerste drie weken postpartum



Preventie van postpartum affectieve episodes

- Maak een zwangerschapsplan voor de perinatale en postpartumperiode
- Voorkom slaapstoornis/ verstoring dag-nachtritme
- Onderhoud een behandelrelatie met de partner (en familie) van de vrouw
- Follow-up in de eerste 2-3 weken postpartum is wenselijk/essentieel
- Start met stemmingsstabilisator meteen na bevalling (als tijdens zwangerschap gestopt)
- Werk samen met kinderarts, verloskundige, gynaecoloog, kraamzorg etc
- RRR

- ***Zwangerschap:***

-
- voor de zwangerschap stoppen met medicatie?
 - Als ja, wanneer starten met medicatie afbouw?
- continueer medicatie afhankelijk van ziektegeschiedenis en risicofactoren voor terugval
- als medicatie: dan is lithium eerste keuze

- ***Post partum:***

- advies: altijd medicatie: lithium of SGA
- geen borstvoeding



Casus

- Zwangerschap verloopt zonder problemen (net zoals de twee eerdere)
- Echter, in week 38 wordt patiënte toenemend onrustig, ze slaapt minder goed en belt op een gegeven moment dat ze ingeleid wil worden, omdat ze bang is psychotisch te worden
- Overleg met de gynaecoloog volgt en op “psychiatrische indicatie” wordt patiënte twee dagen later ingeleid

Casus

- Patiënte bevalt overdag van een gezonde dochter
- Lithium wordt gecontinueerd
- z.n. Olanzapine wordt voorgeschreven
- Zij blijft twee nachten in het ziekenhuis
- Kraamvisite wordt “gedoseerd”

Patiënte is supergelukkig, een compleet gezin en zoals zij zet verwoordde:

“3 x is scheepsrecht, ik heb nu ook de roze wolk mogen ervaren”

Fasen in het zwangerschapsplan

1. Stress- en beschermende factoren
2. Kinderwensfase
3. Zwangerschapsfase
4. Bevalling
5. Postpartum fase
6. Samenwerkingspartners



Waar informatie te vinden



- Teratologie Informatie Centrum: www.lareb.nl/teratologie
- POP poli LucasAndreas ziekenhuis: www.poppoli.nl
- Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap: www.lkpz.nl
- Massachusetts General Hospital/ Harvard Medical School: www.womensmentalhealth.org
- Vereniging Manisch Depressieven en Betrokkenen: www.vmdb.nl
- Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen: <http://centrumbipolairestoornissen.dimence.nl>
- Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen: www.kenbis.nl

Wanneer heeft een patiënt de expertise nodig
van een ouderenpsychiatrie team?

Annemiek Dols

Wanneer ben je oud?

Ratelband haalt internationale media met zijn rechtszaak om geboortedatum te veranderen: 'Ik lijd onder mijn leeftijd'

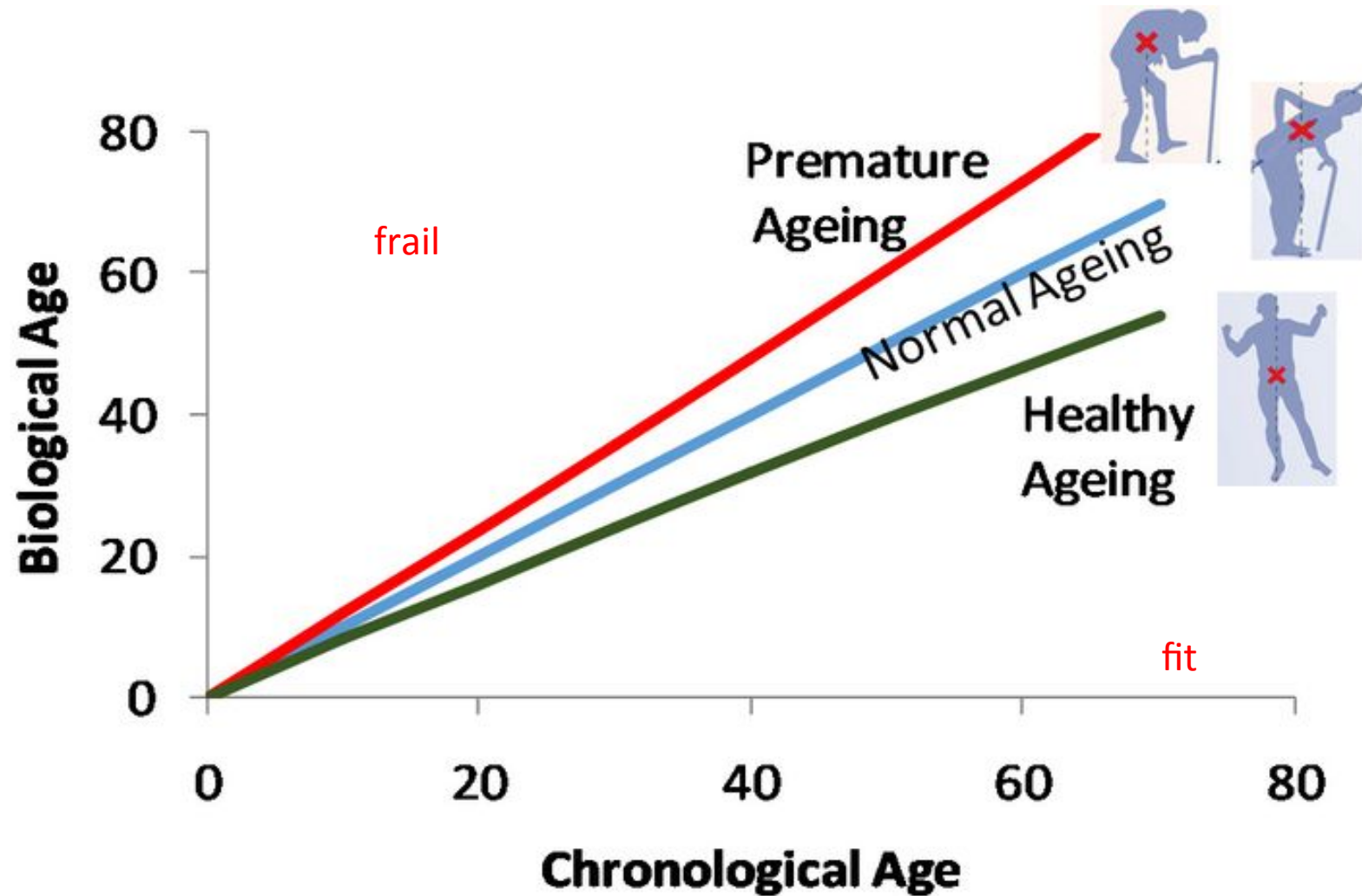
Gijs Beukers 8 november 2018, 21:40



Veel buitenlandse media hebben woensdag en donderdag het nieuws opgepikt van Emile Ratelband die zijn 'gevoelsleeftijd' legaal wil maken. Beeld ANP

'Ik lijd onder mijn leeftijd', zei Ratelband woensdag tegenover de rechtbank in Arnhem. Bedrijven zouden hem niet meer willen inhuren, hij baalt van het pensioen dat hij ontvangt en op datingapps heeft hij er last van. 'Als ik op Tinder zeg dat ik 69 ben, krijg ik geen antwoord. Als ik 49 ben, zit ik, met het gezicht dat ik heb, in een luxepositie.'

Chronologische vs. biologische leeftijd



Levensverwachting bij bipolaire stoornis

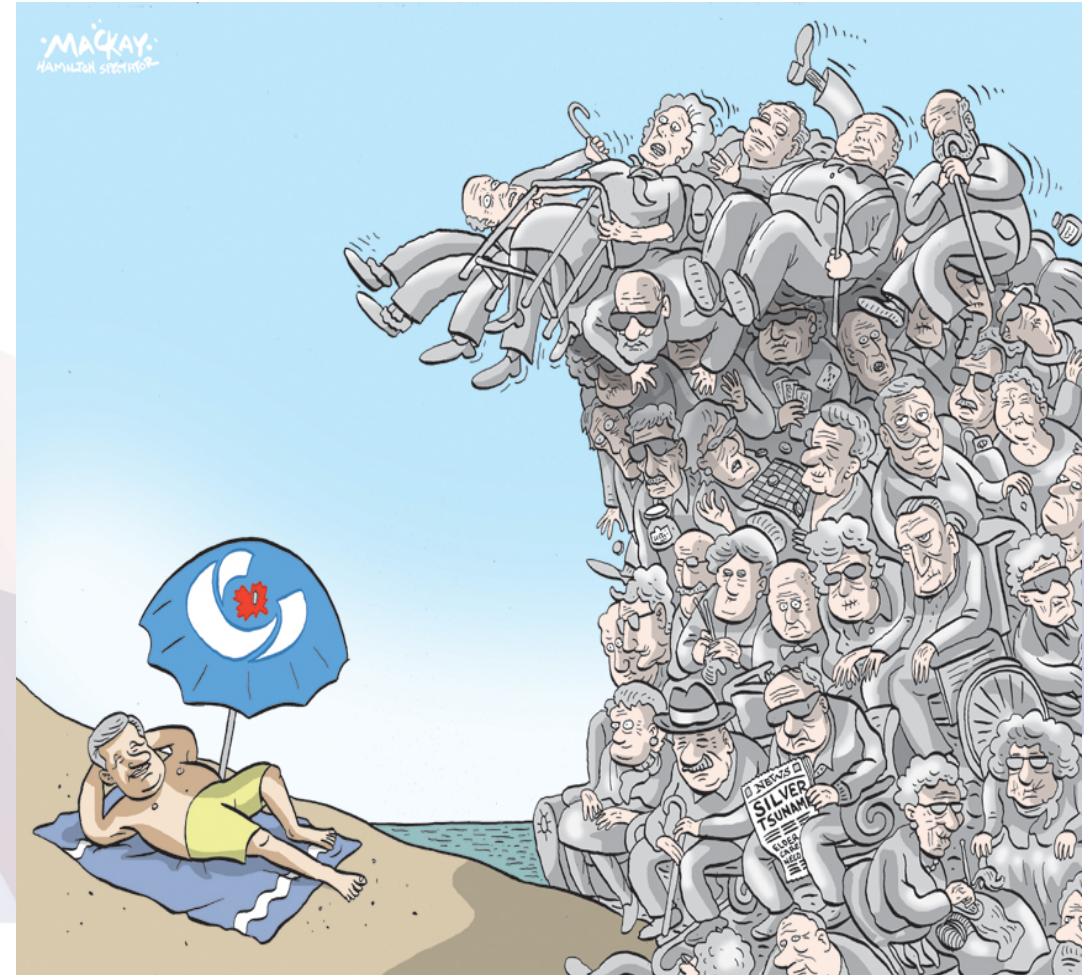
**Levensverwachting 9-20
jaar korter**

**Ongeveer 2x zo hoog
sterfterisico door
somatische oorzaken**

**Sterftcijfer daalt niet
(zoals in algemene
bevolking),
mogelijk zelfs aan het
stijgen**

Epidemiologie

- 10% van de bipolaire patiënten krijgt diagnose na 50^e jaar (= late onset)
- 25% van alle patiënten met bipolaire stoornis is ouder dan 50 jaar en dit zal toenemen
- Prevalentie BD type I bij 18-44jr: 1.4%
Prevalentie BD type I bij 65+: 0.1-0.4%



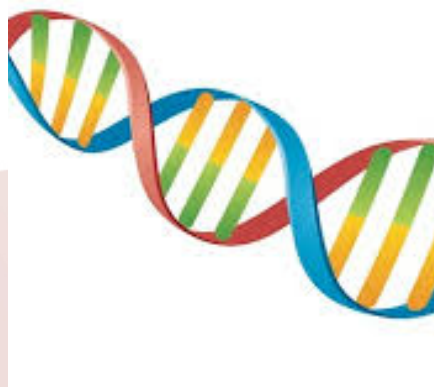
Leeftijd specifieke aanbevelingen

Lichamelijke gezondheid is belangrijk voor levensverwachting, zelfredzaamheid en verminderen van bijwerkingen.

Lichamelijke gezondheid begint niet op oudere leeftijd.

Cognitieve beperkingen zijn op oudere leeftijd niet progressief en hangen direct samen met de lichamelijke gezondheid.

Lichamelijke gezondheid bij bipolaire stoornis



Hoe is over het algemeen uw lichamelijke gezondheidstoestand? (baseline data 2012)

>60 jaar	met een bipolaire stoornis	in de algemene bevolking
Heel goed	17%	13%
Goed	49%	54%
Matig	34%	31%
Slecht	0%	3%

Somatische comorbiditeit in 2012



N=101

68.9 jaar, 54% vrouw

42% hoog opgeleid

45% rookt

67% overgewicht

1.22 lichamelijke ziektes (uit 8)



N= 2545

69.5 jaar, 55% vrouw

24% hoog opgeleid

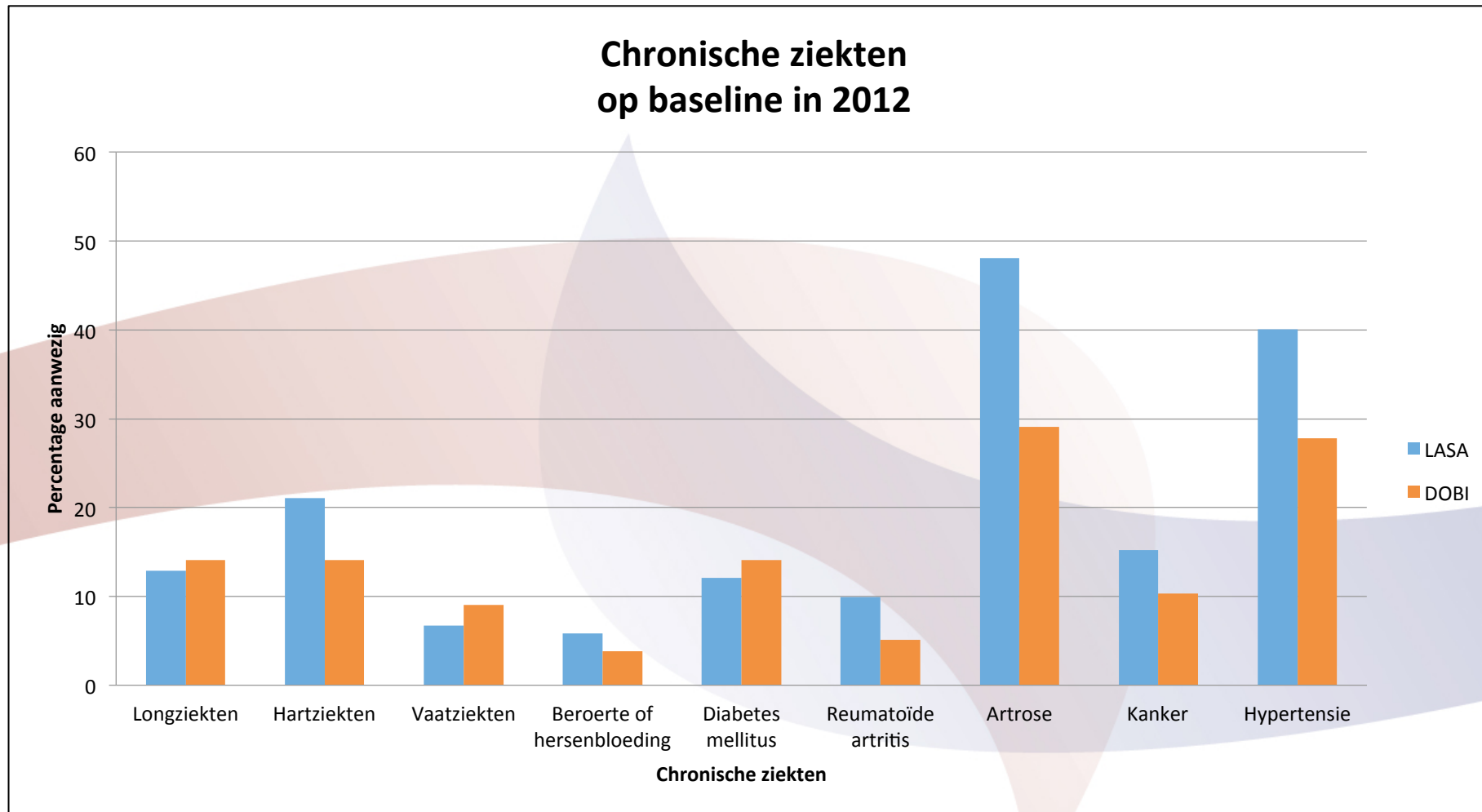
14% rookt

61% overgewicht

1.63 lichamelijke ziektes (uit 8)



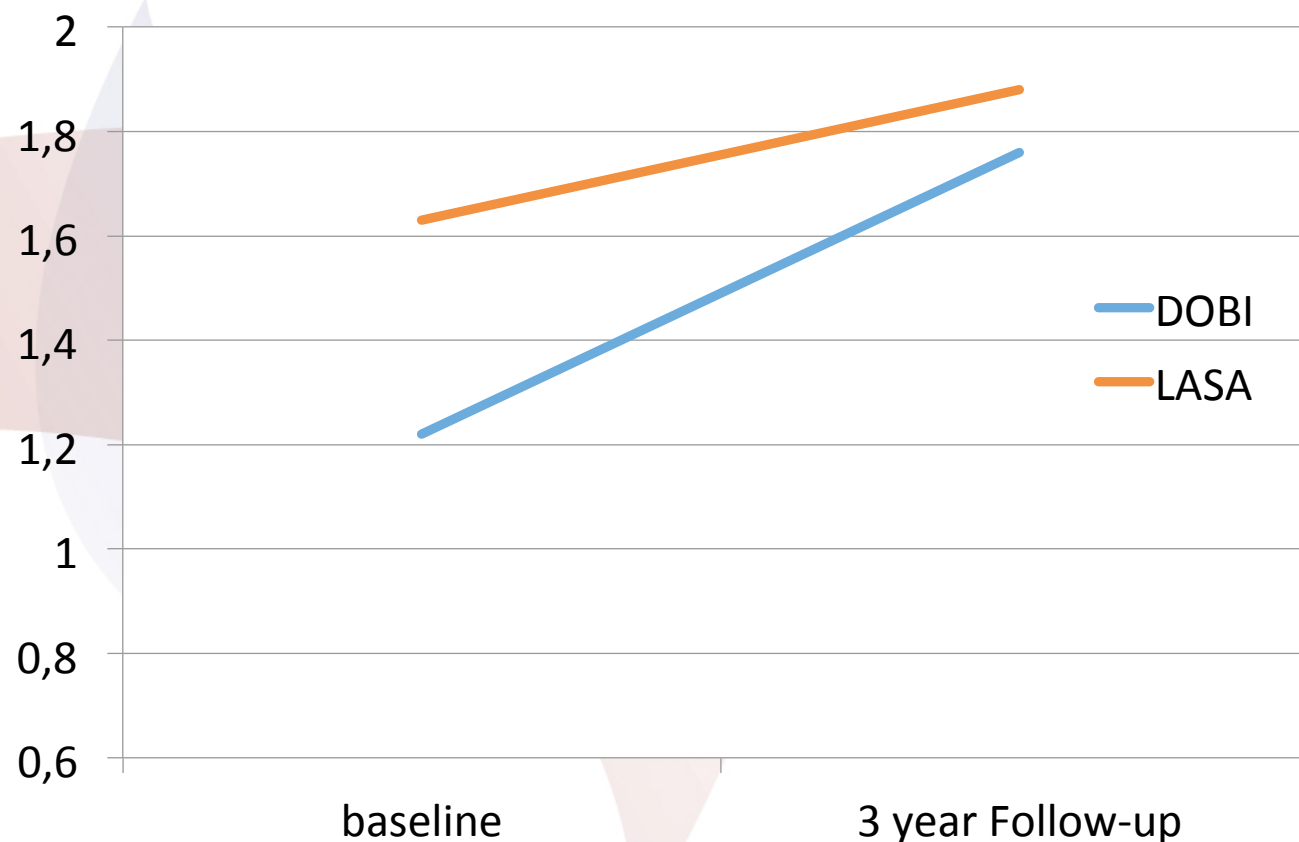
Self-report chronische ziekten in 2012



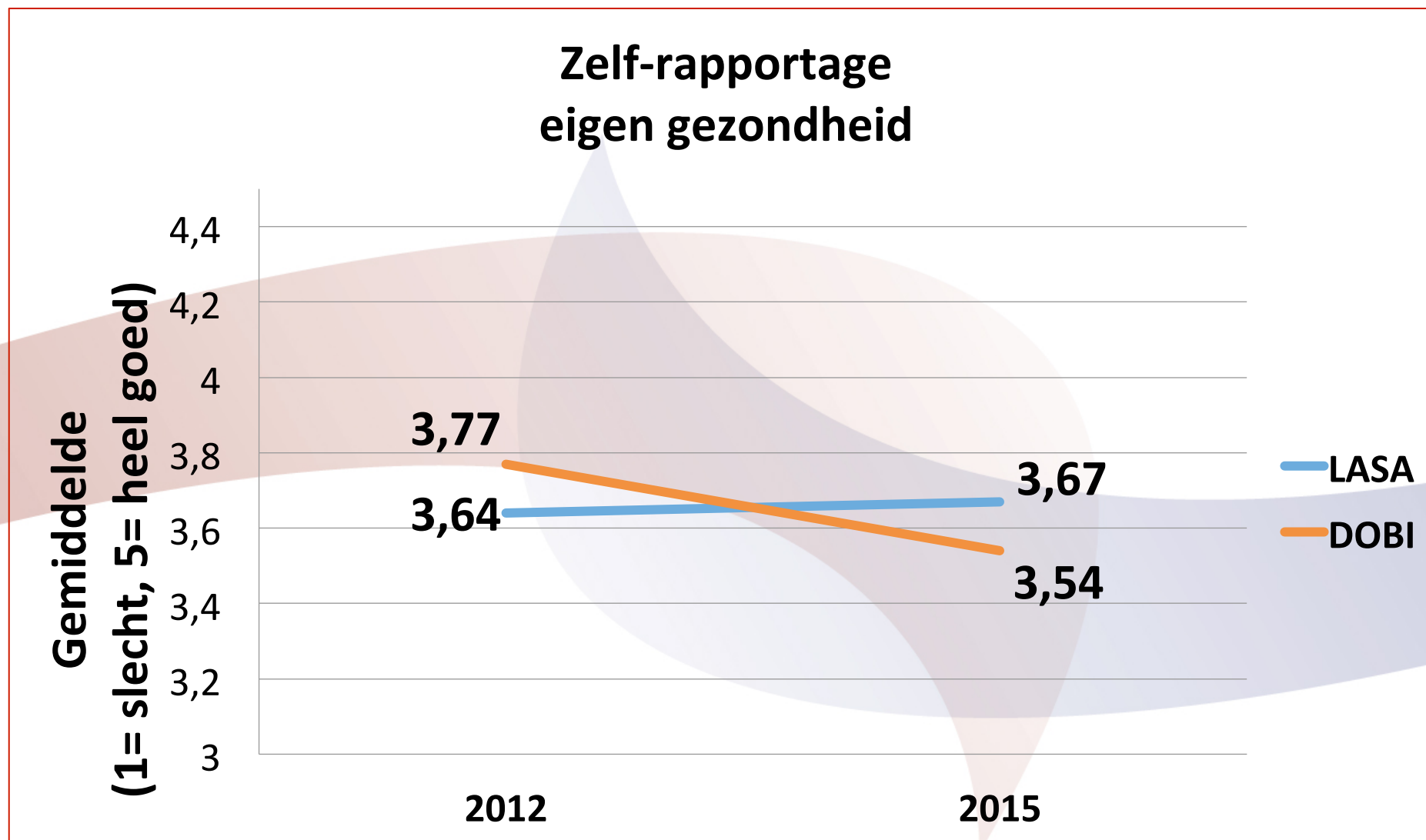
Somatische comorbiditeit, na 3 jaar

- *Aantal chronische ziekten neemt bij LASA toe met **+0.35 ziekten***
- *Aantal chronische ziekten neemt bij DOBi toe met **+0.50 ziekten***
- *Verskil in toename is significant (**$p=0.038$**).*

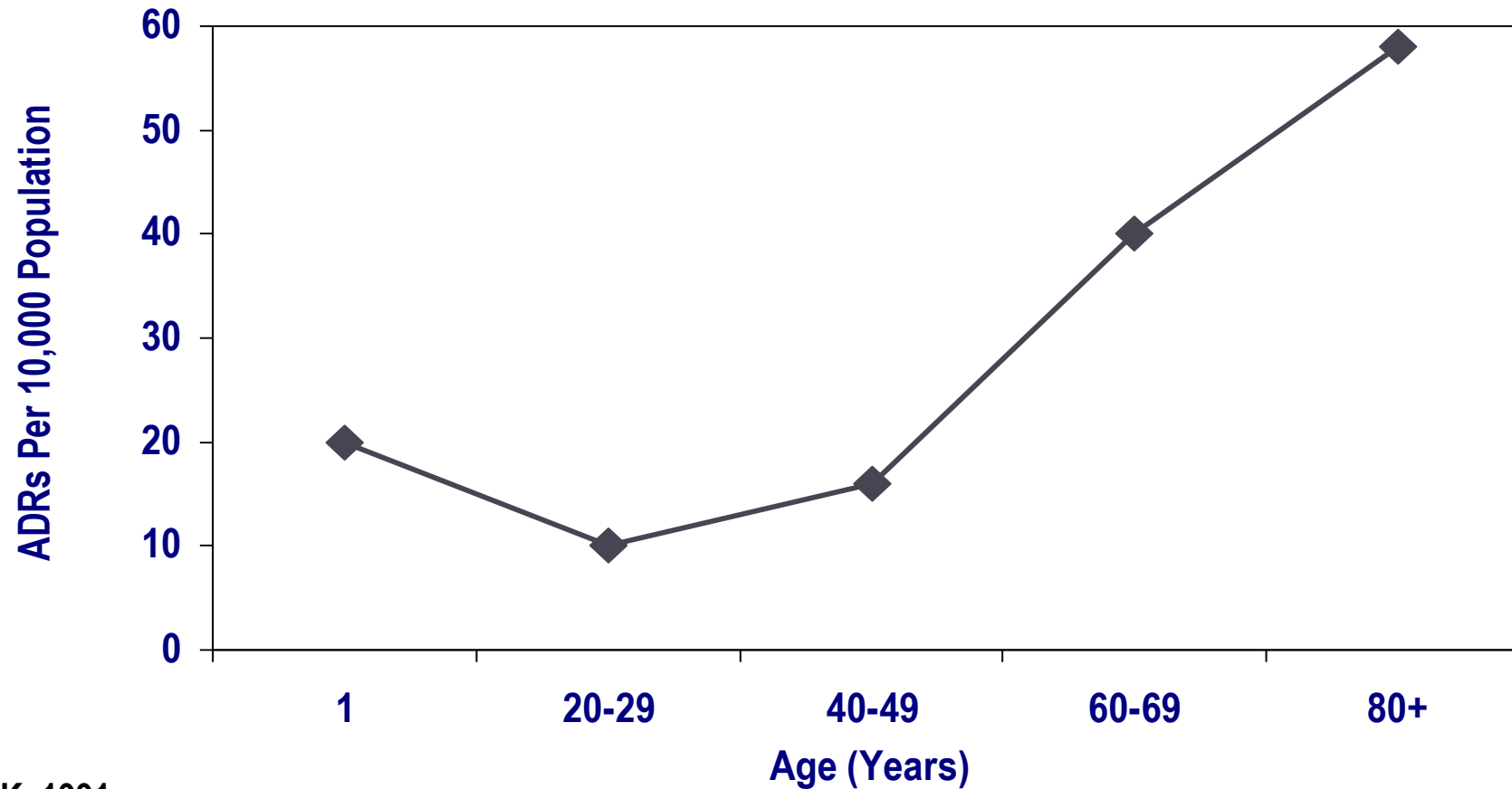
Total number of somatic chronic diseases out of 8 majors



Zelfrapportage gezondheid, na 3 jaar



Bijwerkingen nemen toe met de leeftijd



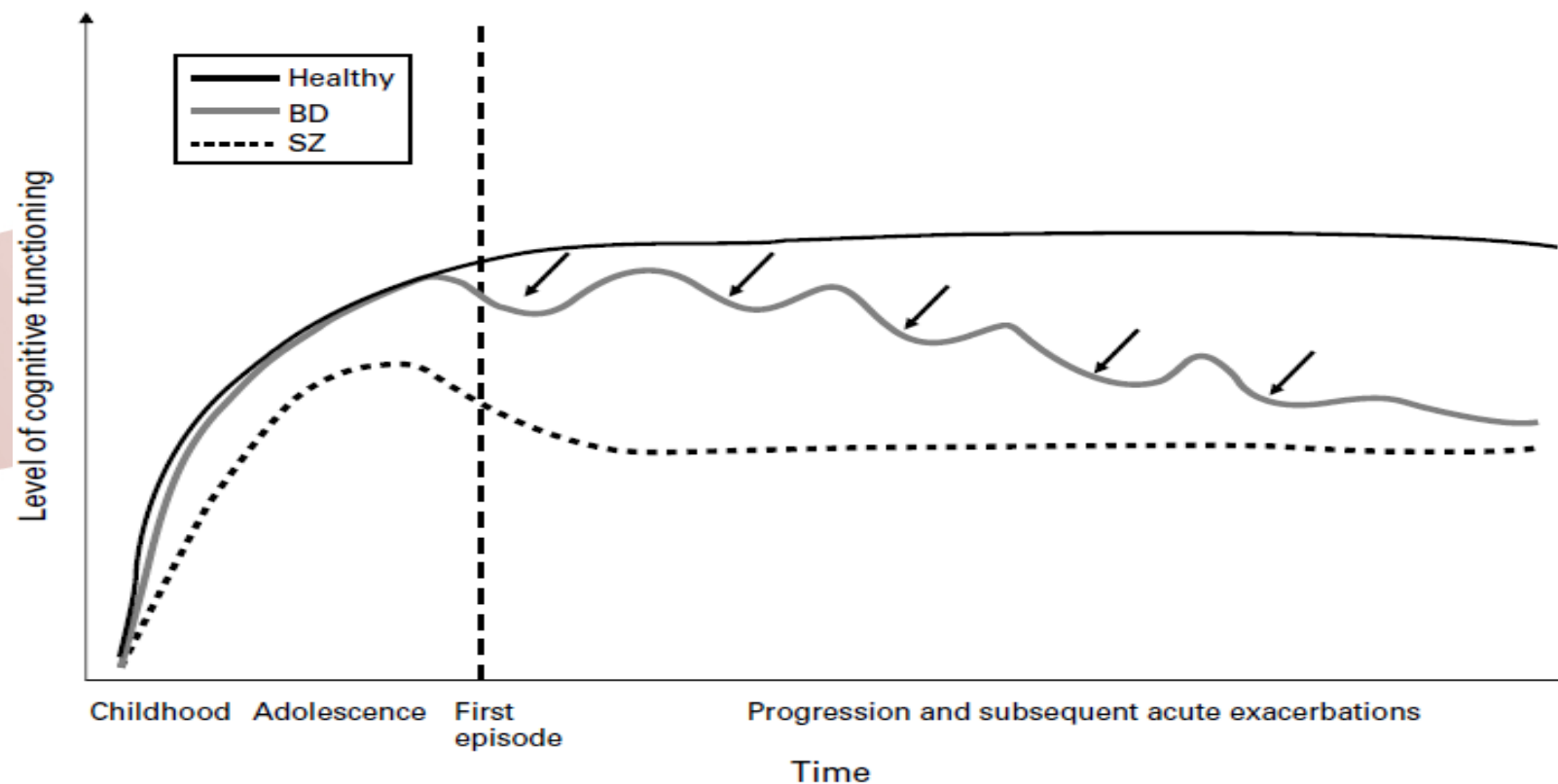
Ghose K. 1991

Verbeteren lichamelijke gezondheid

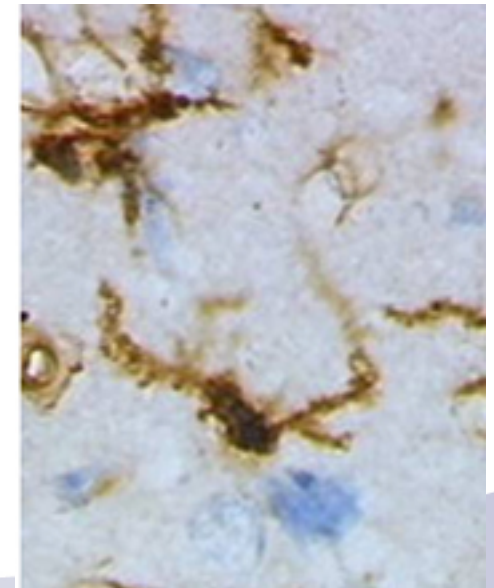
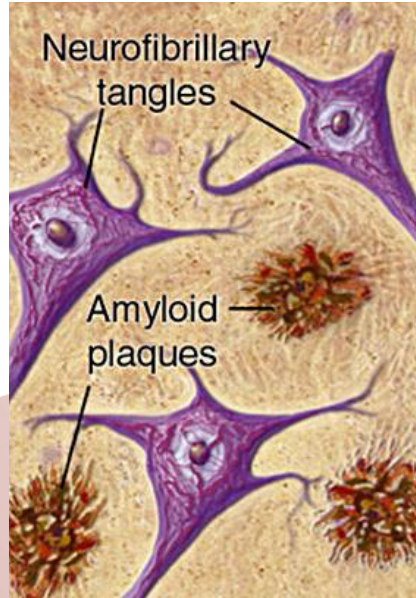
- Algemene voorlichting over voeding, leefstijl, bewegen.
- Informatie over bijwerkingen, somatische comorbiditeit en lichamelijke gezondheid.
- Screenen of periodiek lichamelijk onderzoek.
- Optimale behandeling risicofactoren.
- Goede samenwerking met huisarts en andere medisch specialisten.



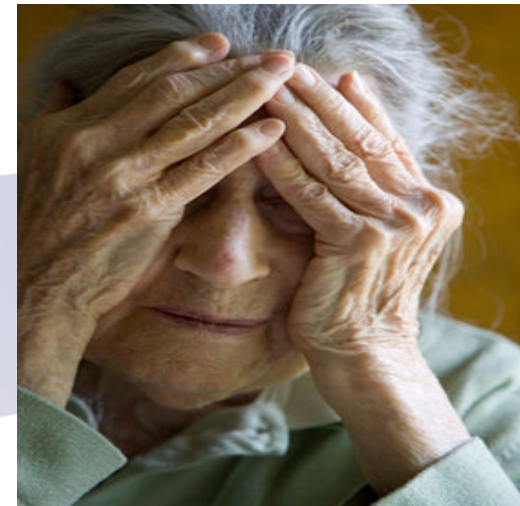
Oorzaak en beloop van cognitieve stoornissen bij een met bipolaire stoornis?



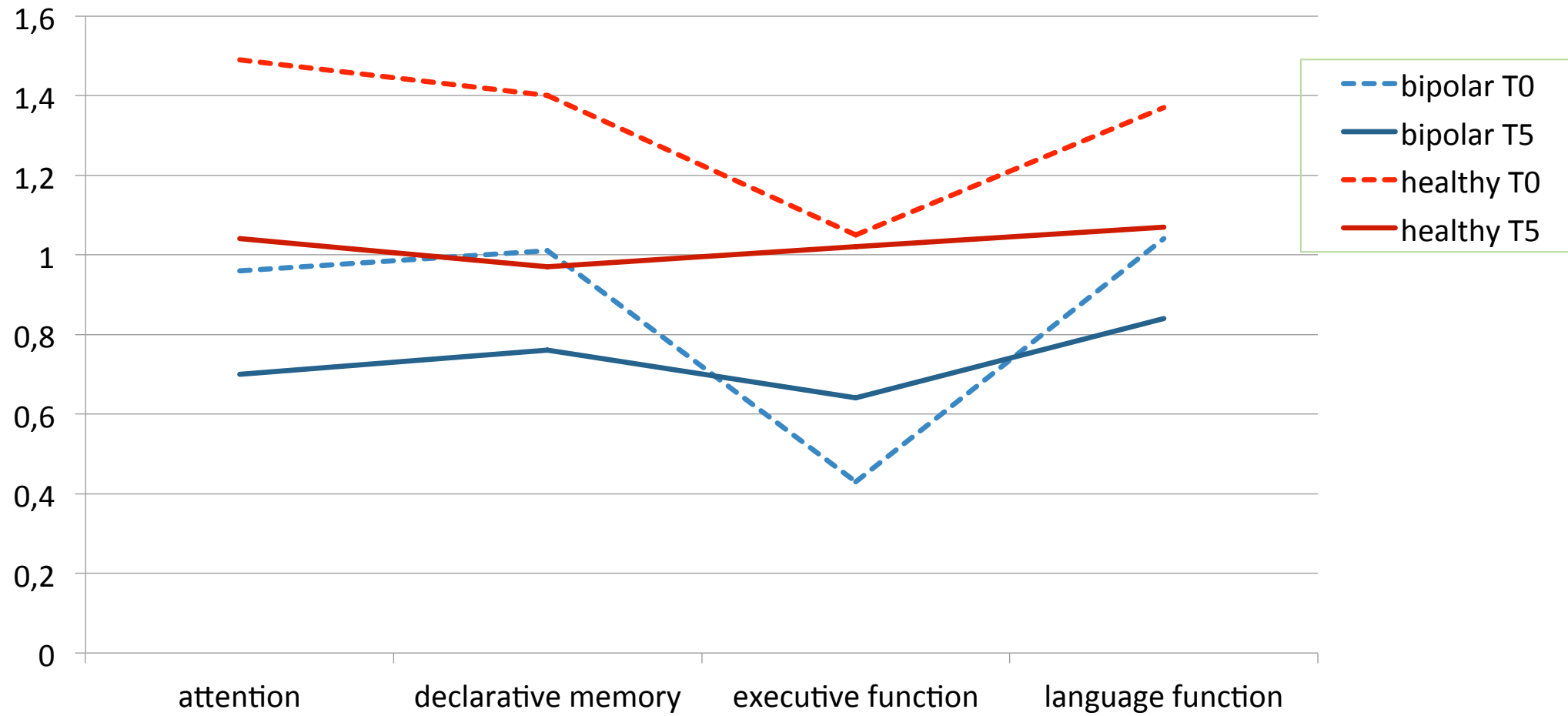
Progressieve cognitieve stoornissen



- Normale veroudering
- Tijdelijk verergering door depressie/ manie
- Blijvende schade door bipolaire stoornis
- Co-morbide (beginnende) dementie (vasculair/ Alzheimer)
- Interne of neurologische aandoening
- Geneesmiddelenbijwerking
(benzo's, antipsychotica, anticholinergica)
- Geneesmiddelinteractie/ -intoxicatie
- Alcohol- of drugsgebruik



Beloop van cognitieve beperkingen



Take home messages

- De groep mensen met een bipolaire stoornis die ouder wordt is groeiende.
- Met de leeftijd nemen somatische comorbiditeit en cognitieve stoornissen toe.
- Vervroegde en versnelde veroudering van patiënten met bipolaire stoornis maakt dat adviezen soms al bij jongere bipolaire patiënten noodzakelijk zijn
- Cognitieve klachten komen vaak voor en moeten worden onderzocht. Soms is patiënt niet de eerste die erover klaagt...
- Het beloop en de oorzaak van de somatische comorbiditeit en cognitieve beperkingen is nog e weinig onderzocht om het als integraal onderdeel van stoornis te beschouwen.

Met dank aan



Polikliniek Bipolair & 60+

Annemiek Dols

Moniek van Dijk

DOBi onderzoeksteam

Annemiek Dols

Moniek van Dijk

Alexandra Beunders

Sigfried Schouws

Nicole Korten

Melis Orhan

Tokie Kemp

Panos Kosmas

Nadine Paans

Janette Huijser



Amsterdam Public Health





Kennis maakt ons beter | De halfjaarlijkse Kenniscyclus bijeenkomst



Kenniscyclus collegereeks: Erik Scherder over bewegen