



Inhoud

Doel.....	1
Doelgroep.....	1
Algemene aandachtspunten	1
Algemeen	1
Borstvoeding bij gebruik van psychofarmaca	2
Finnegan-score.....	2
Werkwijze	2
Tabel 1.....	3
Tabel 2.....	3
Lithiumgebruik tijdens graviditeit.....	4
Achtergrond	4
Teratogeniteit:	4
Postnatale gevolgen:.....	4
Symptomen van lithiumintoxicatie:	4
Ontwenningssverschijnselen bij maternaal lithiumgebruik:	4
Overige neonatale gevolgen van maternaal lithiumgebruik:	4
Beleid vóór en tijdens zwangerschap met lithiumgebruik:	5
Beleid postnataal bij maternaal lithiumgebruik:	5
Borstvoeding bij maternaal lithiumgebruik:.....	5
Benzodiazepine-gebruik tijdens graviditeit	6
Achtergrond	6
Teratogeniteit.....	6
Postnatale gevolgen	6
Beleid vóór/tijdens zwangerschap bij maternaal benzodiazepine-gebruik:	6
Beleid t.a.v. de locatie van de partus:	6
Beleid postnataal bij maternaal benzodiazepine-gebruik:	7
Borstvoeding bij maternaal benzodiazepine-gebruik:.....	7
Antipsychotica-gebruik tijdens graviditeit: haloperidol (Haldol) en quetiapine (Seroquel)	8
Achtergrond	8
Beleid vóór/tijdens zwangerschap bij gebruik van antipsychotica:	8
Beleid postnataal bij maternaal gebruik van antipsychotica:.....	8
Borstvoeding bij maternaal gebruik van de antipsychotica	8
Literatuur	9

Doel

Maternaal psychofarmacagebruik.

Doelgroep

Kinderarts.

Algemene aandachtspunten

- Overtuig je van de juiste patiënt door naam en geboortedatum te controleren.

Algemeen

Gebruik van psychofarmaca tijdens de zwangerschap leidt bij 20-30% van de pasgeborenen tot ontwenningssymptomen. Veelal zijn deze mild (onrust, slaapproblemen, voedingsproblemen). Ernstige verschijnselen zoals convulsies zijn zeldzaam.

Prematuriteit en roken lijken het risico op ontwenningssverschijnselen te verhogen.

In de literatuur wordt voor observatie van PNA (Poor Neonatal Adaptation = verschijnselen van ontwenning en/of toxiciteit), een klinisch kraambed van 48 uur op de kraamafdeling geadviseerd met bijhouden van de Finnegan score. Bij aanwezigheid van verschijnselen dient de opname verlengd te worden tot deze zijn verdwenen.

Ontwenningssverschijnselen zijn moeilijk te onderscheiden van intoxicatiesymptomen.

Ontstaan van verschijnselen binnen 8 uur post partum pleit meer voor toxiciteit.

 maasziekenhuis Pantéin Geboortezorg Boxmeer	Richtlijn Maternaal psychofarmacagebruik	Documentnummer	: 8573
		Versie	: 2
		Publicatiedatum	: 05-09-2018
		Controledatum	: 05-09-2021
		Bladen	: Pagina 2 van 9
Autorisator: Vakgroepvoorzitter Kindergeneeskunde		Schrijver: Kinderarts	

Deze richtlijn betreft het maternaal gebruik van lithium, benzodiazepines en de antipsychotica haloperidol (Haldol) en quetiapine (Seroquel). Gezien het frequente voorkomen van gebruik van **selectieve serotonine reuptake inhibitors (SSRI's)** is het beleid bij maternaal SSRI-gebruik [8574](#) opgenomen in een aparte richtlijn.

Borstvoeding bij gebruik van psychofarmaca

Bijsluiters zijn conservatief en wijzen het geven van borstvoeding bij gebruik van psychofarmaca vaak af, terwijl de literatuur genuanceerder is. De adviezen t.a.v. borstvoeding in deze richtlijn zijn gebaseerd op het boek Medications and Mother's milk (Hale, 15^e editie 2012).

Men dient te beseffen dat in de literatuur met name de gevolgen van maternaal medicatiegebruik bij à terme, gezonde zuigelingen worden beschreven.

Bij prematuur geboren of zieke kinderen wordt een individuele afweging aangeraden.

Bij twijfel kan worden besloten om tijdelijk te kolven en de melk weg te gooien.

Bij gebruik van meerdere psychofarmaca tegelijk wordt het geven van borstvoeding afgeraden.

Finnegan-score

De Finnegan-score is een symptomenlijst (21 items) waarmee het optreden en verloop van ontwenning kan worden bijgehouden. Bij een score van 4-7 spreekt men van milde ontwenning, bij een score van ≥ 8 van ernstige ontwenning. Daar sommige symptomen in de score-lijst niet specifiek zijn voor ontwenning, dient een hoge score ook door de kinderarts beoordeeld te worden.

Werkwijze

- Vanaf 2 uur na partus
daarna iedere 4 uur
- Bij score 8 of hoger: iedere 2 uur (gedurende 24 uur vanaf de laatste score van 8 of hoger, daarna weer iedere 4 uur)

Bij tweemaal achtereen score van 8 of hoger overplaatsing naar afdeling Kind (indien kind nog op afdeling Moeder verbleef) en start medicamenteuze therapie (zie hiervoor protocol maternaal drugsgebruik [8767](#)).

Andere maatregelen bij (licht) verhoogde Finnegan score:

- inbakeren
- frequent huid-op-huid contact
- frequenter aanleggen (bij kunstvoeding evt. 8 voedingen)
- rustige omgeving
- fysiotherapie/babymassage



Tabel 1

TABEL 1 Kenmerken van toxiciteit versus ontwenning bij pasgeborenen na intra-uteriene blootstelling aan psychofarmaca^{15,22,25}

	toxiciteit	ontwenning
moment van optreden	direct na de geboorte	vanaf een aantal uur tot dagen na de geboorte
medicatiespiegel bij de pasgeborene	hoog	laag
soort medicament	benzodiazepine lithium	antidepressivum antipsychoticum benzodiazepine valproïnezuur
veelvoorkomende symptomen	agitatie tremoren myoklonieën hyperthermie en zweten diarree hyperreflexie hypotonie	agitatie tremoren hypo- en hypertonie voedingsproblemen spugen slaapproblemen respiratoire distress

Tabel 2

TABEL 3 Symptomen van ontwenning bij pasgeborenen na blootstelling aan antidepressiva, antipsychotica of benzodiazepines^{4-6,8,10-12,14,15,22,26}

veelvoorkomend symptoom	minder voorkomend symptoom
neurologisch myoklonieën 'jitteriness' [*] spiertonusveranderingen† tremoren slaapproblemen hoog of frequent huilen agitatie/irritatie	neurologisch convulsies hyperreflexie lethargie
gastro-intestinaal voedingsproblemen spugen/frequent mondjes opgeven ongecoördineerd zuigen	autonoom temperatuurstabiliteit gemarmerde huid overmatig zweten verstopte neus
respiratoir respiratoire distress‡	gastro-intestinaal diarree

^{*} 'Jitteriness' = stimulussensitieve myoklonieën, dat zijn regelmatige tremorachtige bewegingen in reactie op een prikkel, zonder afwijkingen in de oogmotoriek of de ademhaling en te stoppen door flexie van de extremiteiten.
[†] Met name hypertonie, maar hypotonie wordt ook beschreven.
[‡] Met name tachypneu.



Lithiumgebruik tijdens graviditeit

Achtergrond

Lithium is een stemmingsstabilisator die wordt gebruikt bij de behandeling van bipolaire stoornissen. Indien tijdens zwangerschap gestopt wordt met het nemen van stemmingsstabilisatoren, verdubbelt de kans op het krijgen van een nieuwe manische episode of depressie. Een manische episode kan de zwangerschap in gevaar brengen door lichamelijke en psychische ontregeling en riskant gedrag. Een recidief depressie betekent eveneens een toegenomen kans op lichamelijke verwaarlozing en tentamen suïcide. Bij gebruik van een stemmingsstabilisator tijdens de zwangerschap heeft lithium (Priadel, Camcolit) de voorkeur. Lithium passeert de placenta volledig. Hoge lithiumspiegels in serum zijn geassocieerd met een verhoogde incidentie van neonatale complicaties. Bij de geboorte van het kind dient de foetale serum lithiumconcentratie dus zo laag mogelijk te zijn. Dosering geschiedt op geleide van de plasmaspiegel. Onderhoudsdosering start gewoonlijk op 0,6–1,5 g per dag voor Camcolit en Lithiumcarbonaat en 1.2–1.6 g/dag voor Priadel. In het tweede en derde trimester zal een hogere dosering nodig zijn vanwege toename van de klaring.

Teratogeniteit:

Teratogeniteit bij lithiumgebruik is concentratie-afhankelijk. Het relatieve risico (RR) bij lithiumgebruik in het 1^e trimester voor alle congenitale aandoeningen is 1,2 en het RR voor cardiale aandoeningen is 1,1. Foetale echocardiografie tussen 18 en 20 weken zwangerschap wordt aanbevolen. Lithiumgebruik werd in het verleden geassocieerd met het optreden van de anomalie van Ebstein. De huidige literatuur kan deze relatie echter noch bevestigen, noch uitsluiten. Lithiumgebruik kan maternale hypothyreoïdie en polyhydramnion veroorzaken.

Postnatale gevolgen:

Een hoge lithiumdosering in het eerste trimester is geassocieerd met partus prematurus. Bij lithiumgebruik tijdens de rest van de zwangerschap worden onderstaande neonatale complicaties beschreven. Er lijkt vaker sprake te zijn van toxiciteit dan van ontwenning. De meerderheid van de kinderen ontwikkelt echter geen symptomen. Verder zijn er aanwijzingen dat sommige kinderen gevoeliger zijn voor symptomen van toxiciteit en zij deze dus ook bij lage serumspiegels ontwikkelen.

Symptomen van lithiumintoxicatie:

- Hypotonie, lethargie, onvoldoende zuigreflex (floppy baby-syndroom)
- Hypothermie
- Tachypneu, oppervlakkige ademhaling, IRDS
- Tachycardie, omgekeerde T-golven
- Misselijkheid, braken
- Hypoglycaemie


De toxische effecten zijn meestal self-limiting en verdwijnen binnen één tot twee weken.

Ontwenningsverschijnselen bij maternaal lithiumgebruik:

- Onrust/ hypertonie/tremor
- Apneus
- Braken

Overige neonatale gevolgen van maternaal lithiumgebruik:

- Structurele en functionele cardiovasculaire symptomen waaronder cardiomegalie
- Macrosomie (insulin-like effect)
- Hyperbilirubinemie
- Hepatomegalie
- Nefrogene diabetes insipidus (inhibitie effect anti-diuretisch hormoon)
- Hypothyreoïdie

 maasziekenhuis Pantéin Geboortezorg Boxmeer	Richtlijn Maternaal psychofarmacagebruik	Documentnummer	: 8573
		Versie	: 2
Autorisator: Vakgroepvoorzitter Kindergeneeskunde		Publicatiedatum	: 05-09-2018
		Controledatum	: 05-09-2021
		Bladen	: Pagina 5 van 9
		Schrijver:	Kinderarts

De halfwaardetijd van lithium bij neonaten is 12 tot 48 uur. Het kan 10 dagen kan duren voordat de lithium volledig is uitgescheiden.

Op oudere leeftijd (3-15 jaar) lijken deze kinderen qua groei, gedrag en neurologisch functioneren geen significante nadelige gevolgen te ervaren van het lithiumgebruik van moeders tijdens de zwangerschap.

Beleid vóór en tijdens zwangerschap met lithiumgebruik:

- Voorlichting moeder over risico's lithiumgebruik (ook t.a.v. borstvoeding)
- Opstellen van een behandelplan door psychiater en moeder en overleg met gynaecoloog en kinderarts
- Dosis lithium zo laag mogelijk houden
- Regelmatige controle lithium en schildklierwaarden
- Voorkeur voor preparaten met vertraagde afgifte (Camcolit of Priadel)
- Indien mogelijk 1 maand voor partus dosis lithium afbouwen. Nooit abrupt stoppen i.v.m. risico op onttrekkingsverschijnselen in utero.
- Lithium voor inleiding of bij start spontane partus stoppen en direct post partum hervatten
- Klinische partus
- Terughoudendheid met additionele sedativa (pethidine en phenergan). Voorkeur voor epiduraal analgesie.

Beleid postnataal bij maternaal lithiumgebruik:

- Opname op afdeling moeder gedurende tenminste 48 uur.
- 1 uur post partum afname lithiumspiegel, TSH, vrij T4, glucose. Er is toxiciteit bij een neonaat gerapporteerd bij een lithium spiegel van 0,6 mmol/L.
Nodig: 0.3 ml bloed (= 1 vol cupje) met BRUINE (!) dop. GEEN navelstrengbloed.
Tijdens kantooruren is de uitslag binnen 1 uur bekend.
In weekend bepaling alleen mogelijk i.o.m. klinisch chemicus en uitslag duurt dan langer.
Bepaling 's avonds en 's nachts is voor het lab problematisch en zal in de praktijk ook niet noodzakelijk zijn (bloed kan wel op die tijdstippen afgenomen worden).
- Kort glucose protocol (1-3-6 uur post partum)
- Bij lithiumspiegel > 0.5 mmol/l en/of symptomen: duur klinische observatie verlengen en overplaatsing samen met moeder naar afdeling Kind overwegen.
- Luiers wegen (i.v.m. mogelijke polyurie)
- Extra aandacht voor mogelijke voedingsproblemen
- Medicamenteuze lactatieremming met dopamine-agonisten is gecontraïndiceerd vanwege het risico op luxatie van een manie c.q. psychose
- Poliklinische controle na 2 weken

Borstvoeding bij maternaal lithiumgebruik:

Borstvoeding wordt afgeraden (Hale risicocategorie L4 (= potentially hazardous).

Lareb geeft aan dat indien na zeer zorgvuldige afweging wordt besloten tot borstvoeding, men het kind nauwgezet dient te controleren op mogelijke toxische verschijnselen, koorts en dehydratie. Bij het kind moeten de schildklierfunctie en de serumconcentraties van lithium zorgvuldig worden gecontroleerd.

Indien gekozen wordt voor borstvoeding tijdens lithiumgebruik:

- o Poliklinische follow-up (telefonische afspraak ± 5 dagen post partum, polikliniekbezoek ± 10 dagen post partum, daarna o.g.v. beloop)
- o Monitoring van lithiumspiegel en schildklierfunctie vanaf dag 10 (steady state level is dan bereikt). Bij symptomen van intoxicatie eerder (ouders goed instrueren, evt. op bellijst).
P.m.: schildklierfunctie wordt ook bij neonatale screening op dag 4 gecontroleerd.
- o Cave snelle stijging van de lithiumspiegel bij koorts en/of dehydratie
- o Slaapdeprivatie geeft een grotere kans op psychische decompensatie post partum bij moeder. Overweeg 's nachts afgekolfde moedermelk te geven.

 maasziekenhuis Pantéin Geboortezorg Boxmeer	Richtlijn Maternaal psychofarmacagebruik	Documentnummer	: 8573
		Versie	: 2
Autorisator: Vakgroepvoorzitter Kindergeneeskunde		Publicatiedatum	: 05-09-2018
		Controledatum	: 05-09-2021
		Bladen	: Pagina 6 van 9
		Schrijver:	Kinderarts

Benzodiazepine-gebruik tijdens graviditeit

Achtergrond

Benzodiazepines worden gebruikt bij de behandeling van angststoornissen, agitatie- of panieklachten, slaapproblemen en/of als additie bij ernstige psychiatrische stoornissen, chirurgische ingrepen bij zwangeren en bij obstetrische complicaties.

De meest gebruikte benzodiazepines (allen kortwerkend), bij zwangeren zijn:

- Oxazepam (Seresta)
- Lorazepam: (Temesta)
- Temazepam (Normison)
- Alprazolam (Xanax)

Alcohol, barbituraten, opioïden, MAO-remmers en SSRI's kunnen de plasmaspiegel van benzodiazepines fors doen stijgen. De meeste benzodiazepinen worden in lage concentratie uitgescheiden in moedermelk.

Teratogeniteit

Er is slechts zeer gering bewijs voor een verhoogd risico op foetale afwijkingen bij chronisch gebruik van benzodiazepinen in het eerste trimester. In 1 studie zijn aanwijzingen gevonden voor een verband tussen gebruik van diazepam en het optreden van darmatresie, ledemaatsafwijkingen en lipspleten. De Nederlandse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is van mening dat geen extra onderzoek nodig is en dat een structureel echoscopisch onderzoek (SEO) volstaat. Er zijn aanwijzingen voor een verhoogd risico op dysmaturiteit.

Postnatale gevolgen

Benzodiazepines kunnen zowel aanleiding geven tot toxiciteit als tot ontwenning, m.n. bij hoge dosering, chronisch gebruik, comediatie en/of vroeggeboorte. Neonaten die in utero zijn blootgesteld aan benzodiazepinen dienen na de geboorte zorgvuldig geobserveerd te worden. Bij neonatale toxiciteit treden symptomen op vergelijkbaar met die van lithium-intoxicatie (zie elders in dit protocol, [zie tabel 1](#)). Onttrekkingsverschijnselen zijn beschreven, vooral na langdurig gebruik in het laatste trimester. Deze ontstaan binnen enkele dagen tot 3 weken en kunnen maanden lang aanhouden ([zie tabel 2](#)). Verder wordt een verhoogd risico op hyperbilirubinemie beschreven. Er zijn geen adequate onderzoeken die het verband hebben onderzocht tussen benzodiazepinegebruik en de lange-termijn effecten op het kind.

Beleid vóór/tijdens zwangerschap bij maternaal benzodiazepine-gebruik:

- Voorlichting moeder over risico's benzodiazepinegebruik (ook t.a.v. borstvoeding)
- Opstellen van een behandelplan door psychiater en moeder en overleg met gynaecoloog en kinderarts
- Indien mogelijk voorzichtige afbouw ante partum
- Bij angst/agitatie (vooral perinataal) alleen kortwerkende benzodiazepinen voorschrijven

Beleid t.a.v. de locatie van de partus:

- Bij incidenteel gebruik is het niet noodzakelijk in een 1e lijns geboortecentrum of ziekenhuis te bevallen.
- Bij intermitterend gebruik in het derde trimester wordt vanwege het toegenomen risico op een lage Apgarscore en respiratoire problemen minimaal een klinische bevalling onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige aangeraden.
- Bij chronisch gebruik, hoge dosering, comediatie in het derde trimester of bij vroeggeboorte bij benzodiazepine-gebruik wordt aangeraden om op medische indicatie (C indicatie) te bevallen.



Beleid postnataal bij maternaal benzodiazepine-gebruik:

- Opname op afdeling moeder gedurende tenminste 48 uur met bij houden Finneganscore
- Bij intermitterend gebruik hoeft de pasgeborene, mits in goede conditie, volgens de NVOG richtlijn niet klinisch te worden geobserveerd, tenzij er sprake is van:
 - hoge dosis; oxazepam > 30 mg/dag, temazepam > 20 mg/dag (normale dagdosis lorazepam en alprazolam is tot 3 mg)
 - comediatie (met mogelijk sederend effect) in het laatste trimester
 - vroeggeboorte
- Poliklinische controle na 2 weken bij chronisch gebruik

Borstvoeding bij maternaal benzodiazepine-gebruik:

Bij noodzaak tot maternaal benzodiazepinegebruik verdienen oxazepam en midazolam (beiden Hale risicocategorie L2), gezien de lage vetoplosbaarheid, de voorkeur. Bij gebruik van de overige hieronder genoemde benzodiazepines wordt borstvoeding afgeraden, maar bestaat er geen absolute contra-indicatie.

- Oxazepam L2
- Midazolam L2
- Lorazepam L3
- Temazepam L3
- Alprazolam L3

Bij gebruik van een hoge dosis benzodiazepine (zie boven), meerdere psychofarmaca of alcoholgebruik ontstaat naar onze mening een absolute contra-indicatie. Ook eventuele prematuriteit en/of ziekte van het kind dienen bij deze beslissing te worden meegenomen.

Bij kortdurend/intermitterend gebruik is te overwegen om tijdelijk af te kolven en de melk weg te gooien.

Indien gekozen wordt voor borstvoeding bij gebruik van benzodiazepinen:

- Voorkeur voor oxazepam i.v.m. laagste vetoplosbaarheid en dus minder uitscheiding in moedermelk
- Voorkeur voor kortwerkende benzodiazepinen zonder actieve metabolieten (oxazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam, temazepam)
- Bij kortdurend/intermitterend benzodiazepinegebruik overweeg tijdelijk kolven en weggooien van de moedermelk. Bij kortdurend gebruik voor de nacht van benzodiazepines met een korte halfwaardetijd (oxazepam, temazepam); nachtvoeding(en) afkolven en weggooien (gedurende ongeveer 12 uur na inname)
- Cave toxiciteit door accumulatie. Let op symptomen als ademhalingsdepressie en lethargie
- Poliklinische follow up: telefonische afspraak \pm 1 week post partum, polikliniekbezoek 2 weken post partum, daarna o.g.v. beloop



Antipsychotica-gebruik tijdens graviditeit: haloperidol (Haldol) en quetiapine (Seroquel)

Achtergrond

Vrouwen met een psychotische stoornis worden vaker ongepland zwanger dan gezonde vrouwen waardoor het lastig is om antipsychotica-gebruik gedurende het eerste trimester te vermijden. Over de teratogeniteit van de antipsychotica zelf is weinig bekend, maar deze is waarschijnlijk beperkt. In een grote groep zwangeren die werden behandeld voor hyperemesis werd een toename van 2.0 naar 2.4 % congenitale afwijkingen waargenomen na haloperidolgebruik. Bij gebruik van haloperidol in het eerste trimester worden afwijkingen aan de extremiteiten beschreven.

De verhoogde kans op congenitale afwijkingen bij vrouwen die antipsychotica gebruiken om psychische redenen hangt ook samen met de aandoening waar de zwangere aan lijdt (vergroete kans op vroeggeboorte, obesitas en andere metabole problemen, verhoogd risicogedrag zoals roken, verminderde foliumzuuriname).

Beleid vóór/tijdens zwangerschap bij gebruik van antipsychotica:

- Voorlichting moeder over risico's antipsychotica (ook t.a.v. borstvoeding)
- Opstellen van een behandelplan door psychiater en moeder en overleg met gynaecoloog en kinderarts

Beleid postnataal bij maternaal gebruik van antipsychotica:

- Opname op afdeling moeder gedurende tenminste 48 uur met bijhouden Finneganscore.
- Extra aandacht voor mogelijke voedingsproblemen, sedatie en extrapiramidale stoornissen.
- Medicamenteuze lactatieremming met dopamine-agonisten is gecontraïndiceerd vanwege het risico op luxatie van een psychose.
- Poliklinische controle na 2 weken.

Borstvoeding bij maternaal gebruik van de antipsychotica

- In de praktijk wordt afgeraden om borstvoeding te geven bij ernstige agitatie of een psychose, omdat het gedrag van de moeder in een dergelijke toestand onvoorspelbaar is, zij niet adequaat kan ingaan op de behoeften van het kind en niet kan worden ingestaan voor de veiligheid van het kind. Bovendien moet een goede nachtrust gegarandeerd zijn omdat slaapgebrek tot toename van de psychiatrische symptomen kan leiden.
- Indien geen agitatie/psychose geldt het volgende:

Quetiapine (Seroquel)

Borstvoeding kan worden toegestaan: Hale risicocategorie L2 (= safer)

Haloperidol (Haldol)

Borstvoeding wordt afgeraden: Hale risicocategorie L3 (= probably safe), maar gebruik is geen absolute contra-indicatie.

Bij gebruik van meerdere psychofarmaca, alcoholgebruik of een hoge dosis (normale dosis 2 – 10 mg /dag) ontstaat naar onze mening wel een absolute contra-indicatie.

Ook eventuele prematuriteit en/of ziekte van het kind dient bij deze beslissing te worden meegenomen.

Indien gekozen wordt voor borstvoeding bij gebruik van haloperidol:

- Cave toxiciteit door accumulatie.
- Poliklinische follow up: telefonische afspraak ± 1 week post partum, polikliniekbezoek ± 2 weken post partum, daarna o.g.v. beloop



Literatuur

- Farmacotherapeutisch Kompas
- Kievit et al. Ontwenning bij de pasgeborene na blootstelling aan psychofarmaca tijdens de zwangerschap. Ned Tijdschr geneeskunde 2012;156: A4395673;1-7
- Hale's Medications and Mothers' Milk, 2019
- www.lareb.nl/teratologie-nl/borstvoeding
- Richtlijn benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie. 2013 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Geneesmiddelen, zwangerschap en borstvoeding. Medicatiebewaking RIVM. 4^e editie 2007.
- Up to date: Lusskin and Misri. Psychosis and pregnancy.
- Collumbien en Kock. Lithium en zwangerschap – Stand van zaken. Tijdschrift voor Psychiatrie. 1993; 35
- Van der Lugt et al. Fetal, neonatal and developmental outcomes of lithium-exposed pregnancies. Early human development. 2011 Epub ahead of print
- Tanaka et al. A Pitfall of Measuring Lithium Levels in Neonates. Ther Drug Monit 2008;3:752–754
- Davanzo et al. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. Breastfeeding Medicine. 2011;3;89-98
- Burt et al. Bipolar Disorder and Pregnancy: Maintaining Psychiatric Stability in the Real World of Obstetric and Psychiatric Complications. Am J Psychiatry 2010; 167:892–897
- Gentile. Drug treatment for mood disorders in pregnancy. Current Opinion in Psychiatry. 2011;24:34–40
- Warner. Evidence-based psychopharmacology 3. Assessing evidence of harm: what are the teratogenic effects of lithium carbonate? Journal of Psychopharmacology. 2000;14;77–80
- Menon. Psychotropic medication during pregnancy and lactation. Arch Gynecol Obstet. 2008;277:1–13
- Protocol "Opvang van kinderen van moeders met angststoornissen, psychische of psychiatrische stoornissen" Kindergeneeskunde CWZ 2009
- Protocol "Psychofarmaca tijdens zwangerschap en lactatie" LUMC en Rivierduinen 2008
- Geneesmiddelenbulletin 2012;46:101. Antipsychotica en borstvoeding.
- E. Anten-Kools et al. Een professionele kijk op borstvoeding, 2011
- Altshuler et al. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. Am J Psychiatry 1996;153:592-606
- The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn ? Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9:1257-1266