



Obesitas en zwangerschap

Doel

Beleid bij adipositas preconceptioneel, tijdens en na de zwangerschap, evenals continue afstemming van de zorg in de eerste, de tweede en derde lijn.

Doelgroep

Gynaecoloog, klinisch verloskundige, (obstetrie)verpleegkundige, eerstelijns verloskundigen, kinderartsen en huisartsen.

Definities en omschrijvingen

De WHO-classificatie is als volgt:

Obesitas klasse 1: BMI 30-34,9 kg/m².

Obesitas klasse 2: BMI 35-39,9 kg/m²

Obesitas klasse 3: BMI ≥ 40 kg/m²

Indicaties

Vrouwen in de preconceptionele periode en zwangeren met een BMI >30 kg/m².

Beschrijving werkwijze

Preconceptioneel

- Bepaal het BMI.
- Bloeddrukmeting met een brede band (indien arm omvang > 32 cm is).
- Bepaal de nuchtere glucose om te inventariseren of er sprake is van diabetes mellitus (NHG standaard preconceptiezorg).
- Geef preconceptionele advisering en voorlichting; onder andere over risico's van BMI > 30 en de voordelen van preconceptioneel afvallen. Een gewichtsreductie van 10% geeft al significant gezondheidsvoordelen (Schummers, 2015). Gewichtsverlies tussen 2 zwangerschappen verlaagd het risico op IUVD, hypertensieve aandoeningen, foetale macrosomie en neonatale mortaliteit en vergroot de kans op een succesvolle vaginale partus na sectio (Denison FC, 2018). Voor counseling van risico's zie het overzicht in bijlage I (Schummers, 2015). Vrouwen van wie de BMI meer dan 4 punten steeg tussen 2 zwangerschappen, hadden 1.55 kans op IUVD en 1.29 op neonatale mortaliteit ten opzichte van vrouwen die een stabiel BMI hadden. Gewichtstoename tussen 2 zwangerschappen vergroot de kans op PE, hypertensie, diabetes gravidarum in een volgende zwangerschap. Er is een lineair verband tussen gewichtstoename en het risico op IUVD (Cnattingius S, 2016) (Dutton H MD, 2018).
- Benoem de beperkte kwaliteit van onderzoeken tijdens de zwangerschap (bijvoorbeeld NIPT en echografie).

Graviditeit

Eerste trimester

- BMI-bepaling bij intake met behulp van preconceptioneel gewicht.
- Bloeddrukmeting met een brede band (indien arm omvang > 32 cm is).
- Random glucose screening bij intake, tenzij diabetes gravidarum in anamnese; volg dan het protocol diabetes gravidarum.

- Uitleg over gezonde voeding. Eventueel doorverwijzing naar diëtiste.
- Bij wens tot PNS/SEO: informeer de zwangere dat NIPT iets vaker (6%) geen uitslag geeft bij adipositas. Informeer dat de beeldvorming bij de SEO matig/slecht kan zijn.
- Een BMI ≥ 35 is een risicofactor voor het ontwikkelen van pre-eclampsie.
- Adviseer het gebruik van acetylsalicylzuur (conform de geldende NVOG-richtlijn en VIGEO protocol Ascal) aan zwangere vrouwen met een hoog risico op het ontwikkelen van pre-eclampsie. Start profylaxe met acetylsalicylzuur in een dosering van 100 mg per dag tussen 10 en 12 weken amenorroee en in ieder geval vóór de 16e week. Staak de behandeling bij 36 weken amenorroeduur, tenzij een partus eerder verwacht wordt (bijvoorbeeld bij monochoriale gemelli). Bij voorkeur wordt acetylsalicylzuur in de avond ingenomen. Bij de gezamenlijke intakebespreking wordt er een recept voorschreven door de gynaecoloog.
- Uitleg beperkte gewichtstoename en beweegnorm van 30 minuten/dag met normale intensiteit.
- Advies is om niet bewust af te vallen in de zwangerschap.
- Er is geen eenduidig advies over het optimale aantal kilo's om aan te komen; wel dient aandacht te zijn voor gezonde voeding. Monitor het gewicht gedurende de zwangerschap door minimaal elk trimester te wegen. Indien de BMI tussen de voorafgaande en huidige zwangerschap sterk is toegenomen (>3 punten) zijn de risico's tijdens de zwangerschap nog extra verhoogd (Denison FC, 2018).

Tweede trimester

- Bij 24-28 weken een OGTT verrichten.
- Biometrie bij AD 28, 32, 35-36 weken.

Derde Trimester

- Biometrie bij AD 28, 32, 35-36 weken
- Actueel gewicht voor bepaling beleid rondom partus.

Bij een BMI >40

- Intake bij amenorroeduur 10 weken in de 2e lijn in het 1e trimester om beleid te bepalen en te counselen ten aanzien van nut en/of noodzaak Ascal en OGTT; SEO en biometrie in de tweede lijn, overdracht 2e lijn bij 36 weken amenorroeduur.

Partus

Bij alle klassen obesitas: actief nageboortetijdperk.

Klasse-I-obesitas (BMI ≥ 30) evalueer woonlocatie, rekening houdend met mogelijkheden ambulance transport.

Klasse-II-obesitas (BMI ≥ 35) bij nullipariteit advies plaatsindicatie. Bij multipariteit zonder andere risicofactoren en ongestoord obstetrische anamnese; overweeg plaatsindicatie.

Leid niet routinematig in tussen de 37 en 41 weken bij vrouwen met morbide obesitas (BMI ≥ 40) zonder andere bijkomende factoren om maternale en neonatale complicaties te voorkomen (NVOG, 2009).

Bij BMI >40

- Medische indicatie voor partus
- Waaknaald (groene naald)
- Foetale bewaking
- Laagdrempelig bijstimuleren

- Overweeg epidurale anesthesie vroeg in de ontsluitingsfase, zodat deze bij mogelijk te volgen ingrepen als pijnstilling gebruikt kan worden, cave complicaties van algehele anesthesie (vooral beademings- en intubatieproblemen)
- Actief nageboortetijdperk

Voer niet routinematig een primaire SC uit vanaf 39 weken bij vrouwen met morbide obesitas (BMI \geq 40) met enkel het oogmerk maternale complicaties te voorkomen (NVOG, 2009).

Sectio Caesarea

Bij een BMI >40 bij een Sectio Caesarea 2 gram antibiotica toedienen (in plaats van de standaard 1 gram) tegen wondinfectie. Zie protocol Sectio Caesarea.

Post partum

- Extra attentie op het verhoogde risico op fluxus postpartum (actief leiden van het nageboortetijdperk) en endometritis.
- Indien de zwangere met BMI >30 anti-D nodig heeft én een infuus heeft, dient de reguliere dosering intraveneus toegediend te worden in plaats van intramusculair. Er zijn meldingen gemaakt over intramusculaire toediening van Rhophylac bij patiënten met een body mass index (BMI) \geq 30 geassocieerd met een risico op gebrek aan werkzaamheid. Indien de zwangere geen infuus heeft, wordt anti-D intramusculair toegediend (CSL Behring NV, 2019)
- Tijdige mobilisatie.
- De aanbevolen dosis LMWH is de geregistreerde profylactische dosis, te weten 1 dd 0,3 ml Nadroparine i.m. (Farmacotherapeutisch Kompas, n.d.)
- Adviseer borstvoeding. Laagdrempelig hulp van lactatiekundige is aan te bevelen.
- Bij nacontrole 6 weken postpartum bespreken gezondheidsrisico's obesitas. Adviseer gewichtsreductie vóór nieuwe zwangerschap en adviseer een preconceptioneel consult bij kinderwens.

Toelichting op de werkwijze

-

Complicaties

Obesitas geeft diverse verhoogde risico's: zie bijlage 1 voor een tabel met een overzicht van de cijfers.

Preconceptioneel

- Verhoogde kans op subfertiliteit

Tijdens de graviditeit

- Spontane abortus
- UWI tijdens de zwangerschap
- Psychische problematiek
- Trombo-embolische processen
- Aangeboren afwijkingen (te denken aan NBD en hartafwijkingen)
- Slechtere beeldvorming bij echoscopisch onderzoek, wat o.a. de kans dat een aangeboren afwijking wordt gevonden verkleint.
- Diabetes Gravidarum.
- Hypertensie en pre-eclampsie
- Foetale macrosomie
- Foetale groei restrictie

- Vroeggeboorte
- Onverklaarbare IUVD
- Serotiniteit

Tijdens de partus

- Meer kans op een inleiding
- Trager verloop van het baringsproces
- Anesthesiologisch probleem
- Moeizamere foetale bewaking
- Vaker foetale nood en meconiumhoudend vruchtwater
- Verhoogd risico op een Sectio Caesarea. (Geen verhoogde kans op perioperatieve obstetrische complicaties (Villamor E, 2006) (Glazer NL, 2004: 15)
- Minder kans op een succesvolle vaginale baring na een eerdere Sectio Caesarea
- Mogelijk meer kans op een schouderdystocie (onafhankelijk van macrosomie)

Post partum

- Postpartum bloedingen
- Endometritis en wondinfectie bij een sectio
- Optreden van trombo-embolische processen
- Langer verblijf in het ziekenhuis
- Psychische problematiek
- Verhoogde kans op het niet slagen van de borstvoeding

Rapportage

-

Bijlagen/gerelateerde documenten

- I: Risicotabel obesitas
- II: Leefstijlprogramma

Proces

Dit protocol is gebaseerd op Regio protocol Adipositas Geboortezorg Consortium Midden Nederland GCMN, definitief sinds 29-01-2019.

Bibliografie

Cnattingius S, V. E. (2016, Feb 6). Weight change between successive pregnancies and risks of stillbirth and infant mortality: a nationwide cohort study. . *Lancet*.

CSL Behring NV. (2019, juli 18). Samenvatting van de kenmerken van het produkt Rhophylac 200,300 / RVG 27449/27450.

Denison FC, A. N. (2018). *Care of Women with Obesity in Pregnancy*. RCOG.

Dutton H MD, B. S. (2018, Jan). Obesity in Pregnancy – Optimizing outcomes for mom and baby. *Med Clin North Am*.

Farmacotherapeutisch Kompas. (sd). *Nadroparine*. Opgehaald van Farmacotherapeutisch Kompas: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/n/nadroparine>

Glazer NL, H. A. (2004: 15). Weight change and the risk gestational diabetes in obese women. *Epidemiology*, 733-737.

NVOG. (2009). *Zwangerschap bij obesitas*.

Schummers, H. B. (2015, jan). Risk of adverse pregnancy outcomes by prepregnancy body mass index: a population-based study to inform prepregnancy weight loss counseling. *Obstetrics and Gynecology*, 133-143.

Villamor E, C. S. (2006). Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Lancet*, 368:1164-1170.

Gegevens protocol

Datum: 17-10-2022
Leden werkgroep: onbekend
Herzien/evalueren voor: 17-10-2027

Bijlagen/gerelateerde documenten

Bijlage I: Tabel risico's obesitas

| Risico's | Gewichtscategorieën | | | | |
|-----------------------------|---------------------|----------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| | Normaal gewicht | Overgewicht | Obesitas | | |
| | BMI 18.5- <25 | BMI 25-<30 | Klasse 1 BMI 30-<35 | Klasse 2 BMI 35-<40 | Klasse 3 BMI >40 |
| Miskraam | 10,7 % OR 1 | | 13,6% OR 1,31 | | |
| Diabetes Gravidarum | 6,1% OR 1 | 9,7% OR 1,6 | 13,7% OR 2,2 | 16,6% OR 2,7 | 20,8% OR 3,4 |
| Pre-eclampsie | 3,4% OR 1 | 6,4% OR 1,8 | 10,0% OR 2,9 | 12,8% OR 3,7 | 16,3% OR 4,7 |
| Macrosomie | 1,4% OR 1 | 2,8% OR 2,1 | 3,8% OR 2,8 | 4,5% OR 3,4 | 6,1% OR 4,6 |
| Schouderdystocie | 3,5% OR 1 | 4,1% OR 1,2 | 4,1% OR 1,2 | 4,4% OR 1,3 | 4,1% OR 1,2 |
| IUVD | 0,3% OR 1 | 0,3% OR 1 | 0,4% OR 1,7 | 0,4% OR 1,7 | 0,6% OR 2,4 |
| Serotiniteit | 8,1% OR 1 | | 11,5% OR 1,4 | 12,6% OR 1,5 | 13,8% OR 1,7 |
| Sectio | OR 1 | OR 1,5 | OR 2 | | |
| Postpartum bloedingen | OR 1 | | OR 1,2 | | OR 1,4 |
| Endometritis | OR 1 | | | | OR 1,5 |
| Trombo-embolische processen | 0,05% OR 1 | | 0,12% OR 2,4 | | |

Gebaseerd op artikel: (Schummers, 2015)

Bijlage II: Leefstijlprogramma

In de Zorgwijzer kun je een en ander vinden (zorgwijzer.nl/zorgwijzers/overgewicht). Zowel uit de basis- als uit de aanvullende verzekeringen zijn diverse (deel)vergoedingen mogelijk.

Globaal drie vormen:

- I. Gecombineerde Lifestyle Interventie
Aanpak op drie terreinen: voeding, beweging en gedrag. In Gorinchem bijvoorbeeld Cure4Life of via diëtiste, gewichtsconsulent of praktijkondersteuner. Vanuit de aanvullende verzekering diverse (deel)vergoedingen mogelijk.
- II. Dieetadvisering
Deels vergoed uit het basispakket. Vaak is er een verwijzing van een arts nodig en moet er sprake zijn van gezondheidsproblemen door het overgewicht voordat er sprake is van een (deel)vergoeding. Maximaal 3 uur per jaar. Aanvullende verzekering vergoedt soms meer.
- III. Fysio en Bewegingstherapie
Bewegen staat hier centraal. Niet vergoed uit het basispakket, groot en divers aanbod van vergoedingen uit de aanvullende verzekering.