

Werkafspraak OBESITAS VSV Assen

Obesitas wordt volgens de WHO-classificatie gedefinieerd als een BMI ≥ 30

In het VSV zijn de volgende afspraken gemaakt:

1. Bij vrouwen met obesitas is preconceptionele advisering en voorlichting aangewezen
2. Bij eerste prenatale controle berekenen van BMI (gewicht tijdens eerste trimester zelf wegen) en noteren op zwangerschapskaart/in dossier.
3. Eenmalig glucose prikken na/bij intake, bij voorkeur nuchter (uitsluiting DM)
4. Bloeddrukmeting: band bekijken welke past, eventueel meten met aangepaste brede manchet.
5. Bij obesitas (BMI > 30) OGTT in de tweede trimester van de zwangerschap 24-28 weken
6. Bij obesitas (BMI > 30) echoscopische drie groeicontroles in eerste lijn bij 28 – 32 – 36 weken.
7. Bij BMI > 35 en < 40 poliklinische partus bij primipara. Multipara met goede obstetrische anamnese thuispartus overwegen met de juiste randvoorwaarden. Indien problemen verwacht worden bij eventueel vervoer per ambulance dan partus in ziekenhuis.
8. Zwangeren met klasse BMI > 40 dienen in de tweede lijn gecontroleerd te worden.
9. Consult anaesthesioloog bij patiënten met BMI > 40 tussen 32 en 34 weken. (verzoek anaesthesist).
10. Vrouwen met een gastric bypass of maagbandje dienen te allen tijde begeleid te worden in de tweede lijn, ongeacht de BMI.

Toelichting op bovenstaande afspraken

Vanuit de onderzoeken gezien

Obese vrouwen hebben tijdens de zwangerschap een verhoogde kans op:

1. miskraam
2. aangeboren afwijkingen (behalve gastroschisis, die is juist lager)
3. diabetes gravidarum

Toenemend risico op GDM per BMI klasse (ongecorrigeerde OR's; Torloni (2009))	
Ondergewicht (BMI <20)	0,75 (95% BI 0.69 - 0.82).
Normaal gewicht (referentiegroep)	1
Overgewicht (BMI 25-29,9)	1,97 (95% BI 1,77 - 2,19)
Obees (BMI 30-34,9)	3,01 (95% BI 2,34 - 3.87)
Ernstig obees (BMI ≥ 35)	5,55 (95% BI 4,27 – 7,21)

4. preeclampsie
5. foetale sterfte
6. serotiniteit
7. *minder* kans op placenta preavia

Tijdens de baring hebben obese vrouwen een verhoogde kans op:

1. inleiding
2. epidurale analgesie
3. niet vorderende baring een meta-analyse van 4 studies vond een associatie tussen obesitas en niet vorderende baring met een OR van 2,31 (BI 1,87- 2,84)

4. foetale nood; die kans is klein, verhoogd is nog steeds klein: In een meta-analyse 5 studies was de OR voor obesitas 1,62 (BI 1,55 -1,71) en voor morbide obesitas (meta-analyse 4 studies) (BMI > 40) was de OR 2,08 (BI 1,92 – 2,25).
5. vaginale kunstverlossing Op basis van een meta-analyse van 4 studies wel een associatie tussen obesitas en een vaginale kunstverlossing met een OR van 1.17 (BI 1,13,- 1,21)
6. sectio
7. meconiumhoudend vruchtwater Op basis van een meta-analyse van 5 studies is er een associatie gevonden tussen obesitas en meconium houdend vruchtwater, met een OR van 1,57 (BI 1,42 – 1,73)
8. fluxus post partum; die kans is klein, verhoogd is nog steeds klein. Op basis van een meta-analyse van 4 studies is er een associatie tussen obesitas en een HPP met een OR van 1,20 (BI 1,16 – 1,24) en voor morbide obesitas (BMI> 40) een OR van 1,43 (BI 1,33- 1,54) op basis van 3 studies
9. een inleiding bij obese vrouwen kan langer duren en mogelijk vaker eindigen met een sectio
10. schouderdystocie alleen als er sprake is van macrosomie/diabetes gravidarum

In de kraamperiode hebben obese vrouwen meer kans op:

1. infecties
2. trombo-embolische processen (die kans is erg klein, verhoogde kans is nog steeds klein; er is geen evidence dat tromboseprofylaxe nodig is in de kraamtijd)
3. minder vaak succesvolle borstvoeding door verminderde prolactine respons

Pasgeborenen van obese vrouwen hebben een verhoogde kans op:

1. een lage Apgarscore (5 minuten) Op basis van een meta-analyse van 4 studies een associatie tussen obesitas en een Apgar score (5') ≤ 7 met een OR van 1.57 (BI 1.47-1.68) en op basis van 3 studies een associatie tussen morbide obesitas en een lage Apgar score (OR 2.10; BI 1.87 - 2.35)
2. hoog geboortegewicht

In Nederland in 2015 had 11% van de kinderen een geboortegewicht tussen 4000-4500 gram en 2% van de kinderen een geboortegewicht boven de 4500 gram. De onderstaande OR's uit meta-analyses zijn ongecorrigeerd voor eventuele GDM of andere zwangerschapscomplicaties!

Verhoogde kans op hoog geboortegewicht bij obesitas (ongecorrigeerde OR's):		
	Yu (2013) (obesitas zoals in studies gedefinieerd)	Gaudet (2009) Obesitas: BMI ≥ 30
Geboortegewicht > 4000	OR 2.00 (BI 1.84–2.18)	OR 2.17 (BI 1.92- 2.45)
Geboortegewicht > 4500	3.23 (2.39–4.37)	2.77 (2.22-3.45)
LGA > p90	2.08 (1.95–2.23)	2.42 (2.16-2.72)

3. NICU-opname
4. juist *verlaagd* risico SGA

De kansen op ongunstige uitkomsten lijken toe te nemen naarmate de obesitas ernstiger is.

Obesitas lijkt **geen invloed** te hebben op uitkomsten zoals:

1. abruptio placentae
2. spontane vroeggeboorte
3. perineumbeschadigingen
4. hyperbilirubinaemie

Voor schouderdystocie wordt vaak een associatie met obesitas genoemd maar als er geen sprake is van GDM en/of macrosomie of LGA, lijkt er geen verhoogde kans op schouderdystocie te zijn. Op basis van een meta-analyse van 9 studies is geen associatie tussen obesitas en schouderdystocie (OR 1,04; BI 0,97- 1,13) gevonden. Bij een andere analyse van de samenhang tussen obesitas en schouderdystocie aan de hand van 20 artikelen, wel een associatie (OR 1,63; BI: 1,33–1,99) maar dan blijkt deze relatie niet te bestaan in studies waar gecorrigeerd wordt voor GDM en macrosomie. Kortom, als er geen sprake is van LGA of GDM, lijkt

obesitas op zichzelf geen grotere kans te geven op een schouderdystocie. (NB maar hoe goed kun je het kindsgewicht inschatten?)

Bovenstaande onderzoeksresultaten zijn verkregen in studies met (deels) andere populaties, andere zorgsettings, met een veel hogere prevalentie van (ernstige) obesitas dan in de Nederland. Voor de meeste van de gepresenteerde risico's geldt dat monitoring en opsporing van deze risico's al onderdeel zijn van de standaard verloskundigenzorg in Nederland. Het is de vraag of obesitas zonder co-morbiditeit of interventie nog steeds een risico oplevert. In een Nederlands onderzoek bleek meer dan de helft van de vrouwen met een BMI ≥ 35 een fysiologische zwangerschap respectievelijk baring door te maken. Vrouwen met BMI ≥ 35 hebben weliswaar een verhoogde kans op minder gunstige uitkomsten tijdens de baring, maar *multipare vrouwen met een BMI ≥ 35 hebben een beduidend hogere kans op een fysiologische baring dan nullipare vrouwen met een normaal BMI.*

Gewichtstoename tijdens de zwangerschap lijkt een beperkt effect lijkt te hebben op de zwangerschapsuitkomst als geheel, in tegenstelling tot het BMI bij aanvang van de zwangerschap. Ook is de pathofysiologie van 'te weinig' of 'te veel' aankomen als determinant voor slechte of goede uitkomsten onduidelijk. B/ gezonde voeding adviseren volstaat.

Vanuit de vrouw gezien

Uit internationaal onderzoek blijkt dat obese mensen zich vaak gestigmatiseerd voelen en vaak geconfronteerd worden met vooroordelen en discriminatie op grond van hun gewicht, ook binnen de gezondheidszorg. Bejegening door de verloskundig zorgverlener beïnvloedt de ervaring van de zwangerschap: positief ervaren bejegening empowerde de vrouw, negatief ervaren bejegening zorgde voor emoties als angst voor complicaties, boosheid naar de zorgverleners, zich vernederd voelen en een schuldgevoel over de risico's van obesitas voor hun kind. Controle van het gewicht zorgde voor stress.

Vanuit de verloskundige/ gynaecoloog gezien

Zorgaspecten die als moeilijk ervaren worden bij toenemend BMI

1. het monitoren van foetale harttonen
2. maternale bloeddruk (juiste apparatuur)
3. het inschatten van foetaal gewicht/groei
4. toedienen van anesthesie.

Adviezen verloskundige zorg

Obese zwangere vrouwen hebben baat bij informatie en (psychosociale) begeleiding op maat waarvoor hieronder specifieke adviezen gegeven worden. Het onderwerp gewicht en gewichtstoename hoeft niet vermeden te worden. Vrouwen verwachten een open, professionele, niet stigmatiserende communicatie.

Zorg tijdens de zwangerschap

1. Obesitas geeft weliswaar een grotere kans op zwangerschapscomplicaties, maar de kans op een fysiologisch verloop is groot, zeker bij multipare vrouwen.
2. Obesitas is geen indicatie voor extra prenatale screening naar congenitale afwijkingen (bijv GUO). Wanneer een SEO incompleet is en er geen verbetering van beeldvorming te verwachten is, kan afgezien worden van een verwijzing naar een centrum voor prenatale diagnostiek
3. Hypertensieve aandoeningen: bloeddruk wordt gemeten met aangepaste manchet. Alertheid op hypertensieve aandoeningen is geboden
4. Groei van het kind kan bij palpatie lastig te evalueren zijn. Echoscopische evaluatie kan helpen maar kan eveneens bemoeilijkt worden door slechte beeldvorming.
5. Obese vrouwen lijken gevoeliger voor symptomen van angst en depressie gedurende de zwangerschap dan vrouwen met een normaal gewicht. Wees hierop alert en pas informatie en begeleiding gedurende zwangerschap en baring hierop aan.
6. Baringsvoorbereiding voor deze vrouwen is van groot belang. Verloskundige begeleiding dient gericht te zijn op empowerment van deze vrouwen. Stimuleer deelname aan voorbereidende cursussen of centering pregnancy.

7. Besteed expliciet aandacht aan de voorbereiding van borstvoeding. Verwijs laagdrempelig naar een lactatiekundige tijdens zwangerschap voor voorbereiding en ondersteuning.

Zorg tijdens de baring

1. Obese vrouwen hebben kans op een langere ontsluitingsduur. Dat hoeft niet te wijzen op pathologie maar vergt wel begeleiding op maat.
2. In geval van inleiding blijken obese vrouwen meer kans te hebben op een langere ontsluitingsduur, moeilijker cervicale rijping, hogere doses prostaglandines en synthetische oxytocine, meer kans op sectio dan vrouwen met een normaal gewicht.

* NB -Overweeg vervoer: partus niet op de eerste verdieping vanwege verhoogde kans op fluxus, tilassistentie (tijdsverlies) en (on)mogelijkheid van aortacompressie.

Zorg bij kraambed en nacontrole -

1. Borstvoeding vraagt juist bij obese vrouwen om geduld en goede begeleiding. Verwijs laagdrempelig naar een lactatiekundige.
2. In verband preventie van trombo-embolische processen is mobiliseren van belang.
3. Wees alert op en heb aandacht voor preventie van wondinfectie en endometritis

Overleg ambulancevervoer (*NB terugkoppeling naar Ambulancezorg H.Oosting@rav.nl*)**Knelpunten:**

1. Elke brancard kan tot 250 kg. dragen
2. Bevalling op begane grond, ook geen treetjes naar de voordeur of in de kamer zelf!
3. Bij problemen op de eerste etage is til-assistentie van de brandweer vereist (met bijbehorend tijdsverlies)
4. Moeilijker infuus prikken, maar er kan in nood wel via andere weg vocht worden toegediend

Bronnen

Factsheet Obesitas en verloskundigenzorg: KNOV 2019

Zwangerschap bij obesitas: NVOG-richtlijn 2009.

Weighing the evidence on weight and weight gain for pregnant women; Darie Daemers, 2017