

Zwangerschap en overgewicht

Obesitas is de medische term voor ernstig overgewicht. Het is een van de snelst groeiende gezondheidsproblemen in de westerse wereld. Hoewel vrouwen met obesitas meer moeite hebben om zwanger te worden, zullen er in de toekomst meer obese vrouwen zwanger zijn. In Nederland komt obesitas bij 11 van de vrouwen voor. Obesitas gaat gepaard met verschillende gezondheidsrisico's zoals suikerziekte en vaataandoeningen (bijvoorbeeld een hoge bloeddruk). Deze aandoeningen kunnen ook in de zwangerschap ontstaan.

Deze folder beschrijft de mogelijke gevolgen van obesitas (BMI>30) tijdens de zwangerschap en de verloskundige zorg die nodig is om eventuele complicaties tijdig op te sporen, en op de juiste manier te behandelen.

Er is een bijlage toegevoegd aan de folder waarin uitleg staat over de verwijzingen in de tekst. Vragen naar aanleiding van deze folder kun je altijd stellen aan je verloskundige of gynaecoloog.

Wat is obesitas?

Bij obesitas is er sprake van een overschot aan vetweefsel. De meest gebruikte definitie is gebaseerd op de Body Mass Index (BMI). De BMI wordt berekend door het gewicht in kilogrammen te delen door het kwadraat van de lichaamslengte in meters.

Bij een lengte van 1.68 m en gewicht van 80 kg is de BMI:

$$80 : (1.68 \times 1.68) = 28.3 \text{ (kg/m}^2\text{)}$$

In de zwangerschap geldt het gewicht bij de eerste controle.

De verloskundige of gynaecoloog berekent de BMI tijdens het intakegesprek.

Gewichtsclassificatie volgende de WHO	BMI (kg/m²)
Ondergewicht	< 19
Normaal	19 - 24.9
Overgewicht	25 - 29.9
Klasse I obesitas	30 - 34.9
Klasse II obesitas	35 - 39.9
Klasse III obesitas	> 40

Mogelijke complicaties bij obesitas met BMI > 30

Uit ervaring is gebleken dat complicaties tijdens de zwangerschap, de bevalling en na de bevalling toenemen bij een BMI > 30.

Tijdens de zwangerschap

- ontstaat er vaker zwangerschapssuikerziekte¹
- is er vaak bij aanvang van de zwangerschap al een hogere bloeddruk of suikerziekte aanwezig
- ontstaat vaker een hoge bloeddruk, soms in combinatie met eiwitverlies in de urine (ook wel pre-eclampsie genoemd)
- komen vaker kinderen met een hoog geboortegewicht (macrosomie) voor als gevolg van relatief hoge bloedsuikerspiegels tijdens de zwangerschap²

Tijdens de bevalling

- als gevolg van het vaker voorkomen van een kind met een hoog geboortegewicht en andere zwangerschapscomplicaties (zoals een hoge bloeddruk), wordt de bevalling circa twee keer zo vaak ingeleid^{3,4}
- komt het vaker voor dat er tekenen zijn van nood bij de baby; dit is af te leiden uit het hartritme patroon van de baby en is soms ook te zien aan de kleur van het vruchtwater (groen)
- zien we vaker dat er een keizersnede (twee keer zo vaak⁵) nodig is, omdat er een trager verloop is van de ontsluiting of uitdrijving
- komt een moeizame geboorte van de schouders vaker voor⁶
- bestaat er een grotere kans op (te) veel bloedverlies⁷
- is het plaatsen een ruggenprik lastiger en zal niet altijd lukken (zie ook verderop in deze folder)

Na de bevalling

- kan het langer duren voordat de borstvoeding op gang komt
- komen er meer baarmoederontstekingen voor in de kraamtijd
- is er een grotere kans op trombose en/of longembolie bij de moeder⁸
- kan het herstel van de buikwond na een keizersnede langer duren

Minimaal vereiste zorg bij obesitas bij BMI > 30

Wanneer uit de eerste controle tijdens de zwangerschap blijkt dat er sprake is van obesitas, zijn extra onderzoeken in de loop van de zwangerschap noodzakelijk. Deze onderzoeken zijn gericht op het vroegtijdig opsporen of voorkomen van eventuele complicaties. Welke onderzoeken er precies nodig zijn, bespreekt de verloskundige of arts bespreekt met je tijdens de intake.

Gewichtstoename

Over het algemeen is een gewichtstoename van 12 tot 16 kg normaal voor een zwangere. Een aantal kilo's gewichtstoename ontstaat door de zwangerschap: baby, placenta (moederkoek), vruchtwater en extra vocht in je lichaam. Dit is ongeveer 7 tot 8 kg. Deze kilo's ben je snel kwijt na de bevalling. De overige kilo's zijn om reserves aan te leggen voor als je borstvoeding gaat geven. Bij overgewicht zijn deze kilo's in feite al aanwezig. Dus is het streven om niet meer dan 6 tot 8 kg aan te komen.

Afvallen lijkt ongewenst in de zwangerschap omdat schadelijke afbraakproducten de baby kunnen bereiken via de placenta. Uw gewicht wordt bij de verloskundige en gynaecoloog niet bij iedere controle gemeten. We adviseren wel om dit zelf regelmatig te doen. Je kunt altijd vragen of je gewogen kunt worden tijdens de controle.

Bloeddrukcontrole

Bij iedere zwangerschapscontrole wordt je bloeddruk gemeten. Zo nodig wordt dit met een aangepaste (brede) band gedaan. Bij zwangere vrouwen wordt over het algemeen de meeste waarde gehecht aan de onderdruk (diastolische bloeddruk). Bij een hoge bloeddruk kunnen complicaties bij moeder en kind optreden. De nieren en lever kunnen tijdelijk slechter gaan werken en er kunnen afwijkingen in de bloedstolling ontstaan. De bloedtoevoer naar de placenta (moederkoek) kan afnemen. Dit kan tot gevolg hebben dat de baby in groei achterblijft of dat de conditie van de baby vermindert.

Bloedsuikercontrole

Aan het begin van de zwangerschap wordt bij iedere zwangere een bloedsuikerbepaling en urine screening gedaan. Bij patiënten met een BMI > 30 wordt tevens een OGTT (orale glucose tolerantie test) uitgevoerd bij 22 tot 26 weken zwangerschap om zwangerschapssuiker (diabetes gravidarum) op te sporen. Dit onderzoek duurt 2 uur en je moet nuchter komen. Er wordt eerst wat bloed afgenomen. Daarna krijg je een suikerdrankje. Na 2 uur rustig wachten zonder iets te eten of drinken, wordt nogmaals bloed afgenomen. Als de test afwijkend is, krijg je een dieet en controles bij een internist en diabetesverpleegkundige. Er is sprake van zwangerschapssuiker: dit wordt ook wel diabetes gravidarum genoemd.

Structureel echoscopisch onderzoek (SEO)

Bij obesitas wordt aangeraden het structureel echoscopisch onderzoek rond de 20 weken te plannen. Houd er rekening mee dat de kwaliteit van de beeldvorming bij de echo lastig kan zijn door het buikvet van de moeder. Bij zeer moeilijke beeldvorming kan het voorkomen dat niet alles kan worden beoordeeld en het onderzoek, ondanks dat het niet compleet is, wordt afgerond.

Groeiconrole van de baby

Naast uitwendig onderzoek worden er ook op een aantal momenten in de zwangerschap groeiecho's gemaakt, om te beoordelen of er sprake is van een normale groei. De betrouwbaarheid van deze echo's kan minder zijn in verband met mogelijk slechtere beeldvorming.

Controle door verloskundige of gynaecoloog

Ondanks al deze risico's is het veilig om met een BMI <40 begeleid te worden door een verloskundige tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd. De verloskundige kan de risico's tijdig opsporen en zal je, indien nodig, doorsturen naar een gynaecoloog. Als het BMI >40 is bij aanvang van de zwangerschap, vindt de zorg in principe in de tweede lijn plaats.

Plaats van de bevalling

Bij een BMI tussen de 30 en 35 is een thuisbevalling alleen mogelijk op de begane grond. Woon je in een flat, dan kun je alleen thuis bevallen als er een mogelijkheid is om met de lift naar beneden te gaan. Dit is voor je eigen veiligheid en die van je baby. Als er problemen zijn waar ambulancevervoer voor nodig is, moet je snel en veilig naar het ziekenhuis gebracht kunnen worden.

Bij een BMI tussen de 35 en 40 heb je een indicatie om in het ziekenhuis te bevallen. Dit wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Pijnbestrijding en narcose tijdens de bevalling

Zwangerschap en overgewicht zijn mogelijke risicofactoren voor anesthesie gerelateerde problemen. Bij ernstig overgewicht zijn de noodzakelijke handelingen voor pijnbestrijding door middel van een ruggenprik en voor anesthesie voor een operatie, technisch lastiger. Voor meer informatie over andere vormen van pijnbestrijding bestaat een aparte folder.

De ruggenprik (epiduraal/spinaal)

Een ruggenprik geeft verdoving van het onderste deel van het lichaam die zich kan uitstrekken tot de bovenbuik. Een ruggenprik gaat doorgaans gepaard met een bloeddrukdaling. Soms treedt er een hoge uitbreiding van de verdoving op die het lastig maakt om goed door te kunnen ademen. Ook geeft een ruggenprik incidenteel hoofdpijnklachten. De hoofdpijn neemt meestal toe bij rechtop zitten en verdwijnt doorgaans na enkele dagen (en kan geen kwaad).

Er zijn twee soorten ruggenprikken:

- bij de epiduraalanesthesie wordt een dun plastic slangetje (katheter) in de epiduraalruimte geplaatst. Dat is een ruimte in de wervelkolom in de buurt van het zenuwweefsel, net buiten de hersenvliezen. Via de katheter kan een verdovingsvloeistof continu toegediend worden. De epidurale verdoving wordt vaak toegepast om de pijn tijdens het bevallen

te behandelen. Indien nodig, kan de epiduraalkatheter ook gebruikt worden voor pijnstilling na afloop van een keizersnede

- bij spinaalanesthesie wordt verdovingsvloeistof geïnjecteerd in de zogenaamde spinaalruimte. De spinaalruimte is een ruimte binnen de hersenvliezen die hersenvocht bevat, samen met de zenuwen die het onderlijf bedienen. De spinaalanesthesie is de meest gebruikte verdoving voor een keizersnede. De verdoving met spinaalanesthesie is vergeleken met een epiduraalanesthesie technisch makkelijker, werkt sneller in en is intenser.

Pijn tijdens de bevalling

Als de verwachting is dat de bevalling moeizaam zal verlopen, wordt de mogelijkheid van pijnbestrijding besproken. In het algemeen zal een ruggenprik (epidurale pijnstilling) geadviseerd worden. Geadviseerd wordt om de epidurale verdoving vroegtijdig in het bevallingsproces met weinig weeënactiviteit te plaatsen. Het verrichten van een ruggenprik bij ernstig overgewicht kan lastig zijn en kost daardoor vaak meer tijd.

Anesthesie voor de bevalling

De anesthesie voor een keizersnede kan worden verzorgd via algehele anesthesie of door middel van een plaatselijke verdoving, in de vorm van een ruggenprik. Voor de zwangere en haar ongeboren baby is de ruggenprik meestal de veiligste techniek. Met een ruggenprik wordt het onderlichaam verdoofd, zodat je geen pijn voelt maar wel bij kennis blijft tijdens de operatie. Algehele anesthesie bij een zwangere met overgewicht is risicovoller dan een ruggenprik vanwege de noodzaak tot beademing. Bij de beademing kan het lastig zijn de beademingsbuis vlot in de luchtpijp te plaatsen waardoor er een zuurstoftekort kan ontstaan en/of maagsappen naar de long kunnen overlopen.

Toch zijn er soms redenen om te kiezen voor algehele anesthesie:

- hoge mate van spoed met de keizersnede, waarbij er onvoldoende tijd is om de ruggenprik uit te voeren en het effect daarvan af te wachten
- stollingsstoornissen die een ruggenprik risicovol maken door een bloeding in de nabijheid van het zenuwweefsel in het wervelkanaal
- afwijkingen aan de rug die het onmogelijk maken een ruggenprik uit te voeren
- onvoldoende verdovend effect na het uitvoeren van een ruggenprik

Complicaties in het kraambed

Overgewicht is een risicofactor voor het ontwikkelen van een trombosebeen en/of longembolie. Vroegtijdige mobilisatie (uit bed!) is daarbij belangrijk.

Aanbevelingen voor een volgende zwangerschap

Voor een eventuele volgende zwangerschap heeft het voordelen als je de zwangerschap begint met een lager BMI. Een geringe gewichtsafname heeft vaak al effect! Behalve dat je vaak makkelijker zwanger wordt, nemen ook de risico's op complicaties in de zwangerschap af. Om een voorbeeld te geven: als je tussen twee zwangerschappen 4.5 kg afvalt, verminder je het risico op het krijgen van zwangerschapssuiker met 40%.

Voetnoten

1. Referentie: NVOG Zwangerschap bij Obesitas.
2. In een groep vrouwen met minimaal BMI > 35-39,9 ontwikkelde 9.5% zwangerschapsdiabetes versus 2.3 % in een controlegroep met een BMI tussen 19.8 - 26 kg/m². In een groep vrouwen met een BMI > 40 kg/m² steeg dit percentage zelfs naar 24.7%.
3. Dit betekent dat obese vrouwen (BMI > 30) ten opzichte van vrouwen met een normale BMI een verhoogde kans hebben op een macrosome baby (16.8% versus 10.5%). Vrouwen met overgewicht (BMI 25-29,9) hebben eveneens een verhoogd risico (12.3% versus 10.5%).
Referentie: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(04\)00536-8/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(04)00536-8/abstract).
4. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, Regan L, Robinson S. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1175-82.
5. Jensen DM, Damm P, Sorensen B, Molsted-Pedersen L, Westergaard JG, Ovesen P, Beck-Nielsen H. Pregnancy outcome and prepregnancy body mass index in 2459 glucose-tolerant Danish women. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:239-44.
6. Diagnostic in Obesity and Comorbidities Obesity as an independent risk factor for elective and emergency caesarean delivery in nulliparous women – systematic review and meta-analysis of cohort studies. A. S. Poobalan¹, L. S. Aucott¹, T. Gurung¹, W. C. S. Smith¹ and S. Bhattacharya.

<i>Cedergren et al.</i>	BMI 19.8 - 29	BMI 29.1 - 35	BMI 35.1 - 40	BMI > 40
Schouderdystocie	0.1%	0.3%	0.4%	0.4%

7. Maternal morbid obesity in early pregnancy is strongly associated with a number of pregnancy complications and perinatal conditions. (Obstet Gynecol 2004; 103:219–24. © 2004 by The American College of Obstetricians and Gynecologists.)
8. In geval van een BMI van >40 is er 5,2% kans op bloedverlies > 1000 ml ten opzichte van vrouwen met een normaal gewicht, zij hebben 4,4% kans. Als het nodig is om een kunstverlossing te doen zoals een vacuüm verlossing wordt het risico ook hoger (13,6% versus 8,8%).
9. Obesitas is een risicofactor voor het ontwikkelen van trombo-embolische processen (0,05% versus 0,12% bij obese patiënten).
10. Obstet Gynecol. 2011 Sep; 118(3):561-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822a6c59. Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. Blomberg M.
11. Yu CKH, Teoh TG, Robinson S. Obesity in pregnancy. BJOG 2006;113:1117-25