



Protocol plus size pregnancy

Definitie

In westerse landen gebruiken we BMI als indicatie voor gezondheidsrisico's. Ook bij zwangeren wordt dit meetinstrument gebruikt. Van oorsprong is BMI nooit bedoeld geweest als meetinstrument voor gezondheid. Het is dan ook de vraag of BMI alleen überhaupt iets zegt over de gezondheid van een zwangere. In de verschillende onderzoeken wordt er uitgegaan van alleen BMI, waarbij bijvoorbeeld niet gecorrigeerd wordt voor leefstijl en onderliggende risicofactoren.

We zien steeds meer zwangeren met een hoger BMI. Omdat er geen andere manier is van het inschatten van risico's voor zwangeren en omdat de meeste onderzoeken gebaseerd zijn op BMI classificaties, hanteren we het onderstaande schema.

BMI < 18.5	Ondergewicht
BMI 18.5 – 25	Gezond gewicht
BMI 25 – 30	Overgewicht
BMI 30 – 35	Obesitas klasse I
BMI 35 – 40	Obesitas klasse II
BMI > 40	Obesitas klasse III

Gewichtsclassificaties volgens de WHO.

Doel

Eenduidige evidence based zorg verlenen aan alle zwangeren met een BMI boven de 25.

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Arts-assistent
- Eerstelijns verloskundige
- Gynaecoloog
- Klinisch verloskundige
- Kraamverzorgende
- O&G verpleegkundige



Risicofactoren

Zwangerschap

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de mogelijke complicaties rondom zwangerschap bij een vrouw met obesitas, onderverdeeld naar klasse.

Klasse Obesitas	Risico			
	Miskraam	IUVD	DG	PE
BMI<25	10.7 %	0.3%	6.1%	3.4%
BMI 25-30		0.3%	6.7-9.7%	6.4%
BMI 30 – 35	13.6%		13.4-13.7%	10%
BMI 35 – 40			12.8-16.6%	12.8%
BMI >40		0.8%	20.0-20.8%	

Odds ratio is in vergelijking met een normaal BMI.

IUVD: Intra uteriene vruchtdood

DG: Diabetes gravidarum

PE: Pre-eclampsie

- Het risico op een (herhaalde) miskraam neemt toe bij een hoger BMI. Een **systematische review** liet een hogere prevalentie van een herhaalde miskraam zien bij obese vrouwen vergeleken bij vrouwen met een normaal BMI (0.4% versus 0.1%; OR 3.51; 95% CI 1.03-12.01) gebaseerd op 1644 obese vrouwen and 3288 vrouwen in de controle groep (1,2). Er zijn geen studies die het effect van gewichtsverlies op het ontstaan van latere miskramen evalueren.
- De omvang van het risico op neuraaluisdefect (NBD) is niet geheel duidelijk. Ook is onduidelijk wat de oorzaak ervan is. Er zou een verband kunnen bestaan met preconceptioneel diëten of een te lage dosis foliumzuur. Verder wordt in veel van deze studies niet gecorrigeerd voor diabetes of rookgedrag.
- Voor zwangeren met obesitas is het extra belangrijk om excessieve gewichtstoename te voorkomen. BMI en excessieve gewichtstoename zijn onafhankelijk van elkaar geassocieerd met de uitkomsten macrosomie, LGA en sectio.
- Gewichtsverlies tussen 2 zwangerschappen verkleint de kans op een IUVD, hypertensie en macrosomie. Ook de kans op een VBAC is groter bij gewichtsverlies tussen 2 zwangerschappen. Gewichtstoename tussen 2 zwangerschappen leidt daarentegen tot slechtere zwangerschapsuitkomsten.

Partus

- Er is mogelijk een grotere kans op serotiniteit (>42 weken) bij zwangeren met een hoger BMI. Als we naar verschillende studies kijken zien we dat de prevalentie van serotiniteit daarin überhaupt een stuk hoger ligt dan in Nederland (8.1 versus 1.1% Perined 2022).
- Als er geen sprake is van DGM en of LGA, lijkt er geen verhoogde kans op een schouderdystocie.



- Bij vrouwen met een hoger BMI is de kans op een sectio groter bij inleiding dan bij een spontane start van de partus OR 1.82 95%BI 1.55-2.12. (3)
Om deze reden is het belangrijk om af te wegen of de inleidingsindicatie opweegt tegen het risico op een sectio bij deze groep vrouwen. Ook adviseren we om dit toegenomen risico bij inleiding mee te nemen in het counselingsgesprek over het inleiden.
Routinematig inleiden tussen de 37 en 41 weken wordt afgeraden bij vrouwen met een BMI boven de 40 omdat dit geen maternale of neonatale complicaties voorkomt.
- Bij multiparae met een hoger BMI (>25) die een eerdere vaginale bevalling hadden, zijn de uitkomsten gelijk aan multiparae met een lager BMI (<25). (4)
- Er is geen evidence dat een CTG durante partu bij zwangeren met een verhoogd BMI leidt tot betere uitkomsten.
- Het inbrengen van een epidurale katheter bij vrouwen met obesitas blijkt vaak moeilijker dan bij vrouwen met een normaal gewicht.
- De kans op een sectio bleek in de UK voor vrouwen met een BMI van 35 of meer in een midwifery led care unit vergelijkbaar (4.7% versus 4.1%) met vrouwen met een normaal BMI. (4). We zien verder wisselende sectio percentages (13.6-47%) bij verschillende onderzoeken. Factoren die hierin meespelen zijn, nullipariteit of multipariteit waarbij we zien dat de multipara zonder extra risicofactoren geen hogere kans op een sectio heeft. De kans op een sectio wordt zoals hierboven genoemd groter bij een inleiding van de baring. De kans op een sectio lijkt ook af te hangen van het geduld van de zorgverlener.
- Er is een groter risico op een fluxus. Een Britse cohortstudie toonde een verhoogd percentage ernstige fluxus postpartum (>1500ml) bij vrouwen met obesitas klasse II-III (BMI>35) ten opzichte van vrouwen met BMI<35 (5,1 vs. 1,7%; aRR 3,01, 95%CI 1,24-7,31). Hierbij werd gecorrigeerd op interventies tijdens de baring. Ook de review van Heslehurst et al. rapporteert een verhoogde kans op fluxus postpartum (>1000ml) voor vrouwen met obesitas (OR 1,20, 95%CI 1,16-1,24) en obesitas klasse III (BMI> 40) (OR 1,43 95%CI 1,33-1,54) (4)
- Reviews bevestigen een twee- tot driemaal hogere kans op VTE rondom de zwangerschap bij zwangeren met obesitas (BMI> 30) in vergelijking met zwangeren met normaal BMI. De prevalentie van postpartum VTE is echter laag, voor vrouwen zonder risicofactoren 0,69/1000 en bij een BMI>30 2,13/1000, op basis van een grote cohortstudie in het Verenigd Koninkrijk.
- Bij alle vrouwen met obesitas is er een verhoogd risico op een postpartum infectie van bijvoorbeeld de episiotomie wond, maar ook op endometritis. Het risico op een infectie na sectio loopt op tot 2 tot 3 keer zo vaak in vergelijking met vrouwen met een normaal BMI.



Beleid

Bij alle zwangere vrouwen wordt de BMI berekend bij de intake, bij voorkeur door wegen en meten.

Als er sprake is van obesitas wordt met de zwangere besproken wat ze weet over obesitas en de mogelijke zwangerschapscomplicaties. De verdere voorlichting wordt hierop aangepast. Realiseer je als zorgverlener in dit gesprek dat het een gevoelig onderwerp kan zijn, bespreek dit ook met de zwangere en vraag hoe ze hier zelf naar kijkt. Bespreek met de zwangere onderstaande beleidsvoorstellen.

BMI \geq 30

- Begeleiding eerstelijns.
- At random glucose in het eerste trimester, indien afwijkend nuchtere glucose (≥ 5.3 mmol/l) zie protocol diabetes gravidarum.
- OGTT bij 24-28 weken zwangerschap.
- Biometrie 30-32 en 36 weken.
- Evalueer gewichtstoename bij 32 weken, zodat er een actueel gewicht is tijdens de partus. Indien blijkt dat de gewichtstoename leidt tot een BMI >40 biedt een consult in de 2e lijn aan.
- Biedt vanaf een BMI van 35 een BD-indicatie aan voor de partus, licht toe waarom dit relevant is (benoem hierin met name het licht verhoogde risico op een fluxus, maar indien er sprake is van een fluxus gaat het vaker om >1500 cc). Regel dit via het MDO.
- Adviseer bij een BMI boven de 40 een BD-indicatie voor de partus.
- Alle zwangeren met een BMI boven de 40 komen rond 30 weken zwangerschap voor consult in de 2e lijn, zodat gegevens bekend zijn, er gecounseld kan worden over een sectio en eventueel over een primaire epiduraal en er overlegd kan worden met de anesthesist.

BMI \geq 50 of gewicht boven de 150kg

Geen begeleiding in Ikazia mogelijk. Verwijzing naar het Maastricht Ziekenhuis of Erasmus MC is geïndiceerd.

Tot slot

Uit internationaal onderzoek blijkt dat mensen met obesitas vaak geconfronteerd waren met vooroordelen en discriminatie, met stigmatisering als gevolg. Het stigma is gebaseerd op de wijdverspreide negatieve stereotypering dat vrouwen met obesitas 'lui zijn, ongemotiveerd, geen zelfdiscipline of doorzettingsvermogen hebben en minder intelligent zijn'. Obesitas wordt vaak versmald tot 'te veel eten en te weinig bewegen en daar weinig aan willen/kunnen veranderen'. Onderzoek laat zien dat ook zorgverleners deze denkbeelden hebben en stigmatiserend gedrag vertonen. Onderzoek van Puhl en Brownell (5) toont dat meer dan de helft van de respondenten met obesitas minstens een stigmatiserende ervaring had met een zorgverlener. Dit laat ook de meta-analyse van Spahlholz et al. (6) zien, waarbij circa een op de vijf vrouwen met obesitas en bijna de helft van de vrouwen met ernstige obesitas te maken had met discriminatie. Stigma van vrouwen met obesitas zou de ervaring en het gebruik van zorg negatief kunnen beïnvloeden. In Nederland laat onderzoek overigens geen zorgmijding van zwangeren met obesitas zien in de eerstelijns verloskundige zorg.



Bronnen

1. Lashen H, Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case–control study, *Human Reproduction*, 2004; 19 (7), 1644–1646
2. Boots C, et al. Does obesity increase the risk of miscarriage in spontaneous conception: a systematic review. *Semin Reprod Med* 2011;29(6):507-13
3. Ellis JA, et al, Influence of Maternal Obesity on Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Midwifery Womens Health* 2019 Jan;64(1):55-67
4. Rowe R et al, Outcomes for women with BMI>35kg/m2 admitted for labour care to alongside midwifery units in the UK: A national prospective cohort study using the UK Midwifery Study System (UKMidSS), *PLoS One* 2018 Dec 4;13(12):e0208041
5. Puhl RM, Brownell KD, Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias, *Obes Rev* 2003 Nov;4(4):213-27
6. Spahiholz J, Obesity and discrimination, a systematic review and meta analysis of observational studies. *Obes Rev*. 2016;17(1):43-55
7. Factsheet obesitas en zwangerschap
8. Richtlijn obesitas tijdens de zwangerschap

Protocol gemaakt door	Lineke v.d. Berg, 1 ^e lijn verloskundige
Besproken met	Hans Versendaal, Gynaecoloog MSZ Liv Freeman, Gynaecoloog Ikazia Rianne Bijl, AIOS Gynaecologie Ikazia Hester v.d. Hummel, 1 ^e lijn verloskundige Glenda van Ringelenstijn, 1 ^e lijn verloskundige Senna Worlanyoh, 1 ^e lijn verloskundige Myrthe Konings, klinisch verloskundige Ikazia Gardy Laurijssen, 1 ^e lijn verloskundige Jantine Schild, 1 ^e lijn verloskundige Rashida Visser, 1 ^e lijn verloskundige Sandra Kreukniet, Kraamverzorgende
Goedgekeurd op	05-09-2024
Geldig tot	05-09-2028