
Regionaal Protocol Obesitas

Inleiding

Obesitas is een snelgroeiend gezondheidsprobleem in de Westerse wereld.

Momenteel varieert in Nederland de prevalentie obesitas tussen de 6.5% en 15.5%, afhankelijk van de regio.

De WHO definieert obesitas als een BMI (Body Mass Index) > 30 kg/m², waarbij BMI boven de 39 als morbide obesitas wordt gedefinieerd (zie tabel). Voor meer informatie over diagnostiek en behandeling van obesitas wordt verwezen naar de richtlijn Obesitas (www.nvog.nl of www.cbo.nl)

	BMI (kg/m ²)
Ondergewicht	< 19
Normaal	19 – 24.9
Overgewicht	25 – 29.9
Klasse I obesitas	30 – 34.9
Klasse II obesitas	35 – 39.9
Klasse III (morbide) obesitas	≥ 40

Voorlichting

De zwangere met obesitas heeft een verhoogd risico op een aantal maternale en foetale complicaties. Preconceptioneel dient voorlichting over deze complicaties en de mogelijkheid de risico's te reduceren door gewichtsverlies plaats te vinden. Tijdens de zwangerschap wordt afvallen ontraden en een maximale gewichtstoename van ongeveer 6 kg geadviseerd.

Antepartum

Het risico op een partus na de 42e week is bij obesitas verdubbeld, risico op ontwikkeling van zwangerschapsdiabetes is verhoogd, risico op ontwikkeling zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie neemt lineair toe met de BMI, waarbij overigens de ernst van de preeclampsie niet toeneemt.

Er is een toegenomen kans op macrosomie, hoewel groeirestrictie eveneens vaker voorkomt. Obesitas is een risico factor voor onverklaarde intra-uteriene sterfte en voor aangeboren afwijkingen. In het bijzonder neurale buis defecten en

hartafwijkingen komen vaker voor bij obese zwangeren, waarbij de kwaliteit van echoscopisch onderzoek juist vaak suboptimaal is.

Partus

Door deze eerder genoemde complicaties wordt tweemaal zo vaak ingeleid bij de obese zwangere. De kans op het mislukken van de inleiding bij nulliparae met obesitas is echter verhoogd. Ook bij zwangeren met obesitas die spontaan in partu raken bestaat er een hoger sectio percentage (OR neemt lineair toe met 1.29 per 3 kg/m² toename van de preconceptionele BMI). Dit wordt verklaard door een trager baringsproces, op basis van inadequate weeën, door het toegenomen aantal kinderen met macrosomie en door een toegenomen vetdispositie in het kleine bekken. De kans op een vaginale baring na een eerdere sectio caesarea wordt daardoor ook negatief beïnvloed. Obesitas is een onafhankelijke risicofactor voor het optreden van schouderdystocie. Bij een sectio heeft regionale anesthesie, vanwege de bemoeilijkte intubatie, bij vrouwen met obesitas, de voorkeur. Het is verstandig voor optimale anesthesiologische zorg deze patiënten tevoren in consult te laten zien. Bij sommige patiënten wordt, indien in partu, door de anesthesist gekozen voor het 'profylactisch' plaatsen van een epidurale catheter, om problemen in een acute situatie te voorkomen. Het is aangetoond dat bij patiënten met obesitas bij een sectio een transverse huisincisie, en het sluiten van de subcutis indien > 2cm dik, het aantal postoperatieve wondinfecties vermindert.

Postpartum

Het optreden van een fluxus postpartum lijkt toegenomen bij vrouwen met BMI > 40. Er is een verhoogd risico op peri-operatief bloedverlies > 1000cc. Daarnaast is de kans op postpartum complicaties als endometritis en trombo-embolische processen vergroot.

Bariatrische chirurgie

Ter behandeling van ernstige obesitas wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van bariatrische chirurgie. Meest gebruikte techniek is de maagband, waarvan de omvang uitwendig kan worden aangepast. Hierdoor kan op positieveranderingen van de maag tijdens de zwangerschap worden geanticipeerd. Geadviseerd wordt om niet in de eerste snelle fase van gewichtsreductie zwanger te raken. Na deze fase moet worden gelet op belangrijke voedings- en vitamine deficiënties, van o.a. ijzer, foliumzuur, vitamine B12, en calcium.

Zie voor begeleiding zwangerschap na bariatrische chirurgie het protocol: Bariatrische Chirurgie

Aanbevelingen

Intake

1. BMI uitrekenen met het preconceptionele gewicht, of gewicht bij controle in 1e trimester <http://www.bmiberekenen.nl/>
2. Armomtrek meten en noteren
3. Bloeddruk opmeten met aangepaste bloeddrukmanchet (zie verpleegkundige aandachtspunten)

BMI 30-34.9

1. Bij intake extra lab afname: **schildklierfunctie TSH** (vrij T4 hoeft niet, wordt automatisch bepaald door het lab, zowel Medial als scal, bij een afwijkend TSH. Overleg met de huisarts bij afwijkende waarden) **en random glucose** (1 tot 2 uur postprandiaal middels venapunctie). Voor afwijkende glucosewaarden zie regionale diabetesprotocol.
2. Consult (eerstelijns) diëtiste m.b.v. verwijsbrief. Geef informatiefolder van de diëtist mee.
3. Rond 20 weken wordt een SEO geadviseerd. Je dient cliënte ervan op de hoogte te brengen dat beeldvorming matig/slecht kan zijn, waardoor afwijkingen makkelijker gemist kunnen worden. Dit is niet anders bij een GUO, dus verwijzing voor GUO is niet geïndiceerd.
4. Ter controle van de groei (curve) echo onderzoek bij 29 en 33 weken en op indicatie vaker.
5. Random glucosebepaling bij intake en OGTT tussen de 24-28 weken. Voor afwijkende glucosewaarden zie regionale diabetesprotocol.
6. Overweeg plaatsindicatie (afhankelijk van woonsituatie en toename gewicht gedurende de zwangerschap) bij zwangeren uit 1e lijn (of bij gewicht >150kg)

BMI 35-39.9

1. Bij intake extra lab afname: **schildklierfunctie TSH** (vrij T4 hoeft niet, wordt automatisch bepaald door het lab, zowel Medial als scal, bij een afwijkend TSH. Overleg met de huisarts bij afwijkende waarden) **en random glucose** (1 tot 2 uur postprandiaal middels venapunctie). Voor afwijkende glucosewaarden zie regionale diabetesprotocol. Consult (eerstelijns) diëtiste m.b.v. verwijsbrief. Geef informatiefolder van de diëtist mee.
2. Rond 20 weken wordt een SEO geadviseerd. Je dient cliënte ervan op de hoogte te brengen dat beeldvorming matig/slecht kan zijn, waardoor

- afwijkingen makkelijker gemist kunnen worden. Dit is niet anders bij een GUO, dus verwijzing voor GUO is niet geïndiceerd.
3. Ter controle van de groei (curve) echo onderzoek bij 29 en 33 weken en op indicatie vaker.
 4. Random glucosebepaling bij intake en OGTT tussen de 24-28 weken. Voor afwijkende glucosewaarden zie regionale diabetesprotocol.
 5. Plaatsindicatie bij zwangeren uit 1e lijn

BMI \geq 40 = dus 2^e lijn

1. Overname door gynaecoloog! Indien je toch een cliënt met deze BMI op intake krijgt haar uitleggen dat ze een 2^e lijns indicatie heeft en haar doorverwijzen. Geen lab bepalen, dit doet de 2^e lijn liever zelf. Wel op je verwijzing zetten dat je nog geen zwangeren lab hebt laten prikken.

Onderstaande gebeurt in de 2^e lijn:

2. Bij intake extra lab afname: **schildklierfunctie TSH** (vrij T4 hoeft niet, wordt automatisch bepaald door het lab, zowel Medial als scal, bij een afwijkend TSH) **en random glucose** (1 tot 2 uur postprandiaal middels venapunctie). Voor afwijkende glucosewaarden zie regionale diabetesprotocol.
3. Consult (eerstelijns) diëtiste m.b.v. verwijsbrief. Geef informatie "verwijzing naar diëtist" mee (zie bijlage -> geldt voor LUMC, hebben eigen verwijsbrief).
4. Rond 20 weken wordt een SEO geadviseerd. Je dient cliënte ervan op de hoogte te brengen dat beeldvorming matig/slecht kan zijn, waardoor afwijkingen makkelijker gemist kunnen worden. Dit is niet anders bij een GUO, dus verwijzing voor GUO is niet geïndiceerd.
5. Ter controle van de groei (curve) echo onderzoek bij 29 en 33 en op indicatie vaker.
6. Random glucosebepaling bij intake en OGTT tussen de 24-28 weken. Voor afwijkende glucosewaarden zie regionale diabetesprotocol.
7. Bij opname en > 175kg speciaal Hillrom bed bestellen (zie verpleegkundige aandachtspunten in het LUMC)

Durante partu voor de 2^e lijns populatie

1. Laagdrempelig bijstimuleren
2. Waaknaald
3. Indien Sectio Caesarea: operatietafels LUMC gewicht tot maximaal 225kg, "left lateral tilt positioning", transverse incisie, subcutane vetlaag separaat hechten, cave complicaties anesthesie
4. Actief nageboorte tijdperk

Postpartum

Aanpassing dosering trombose profylaxe in kraambed (1dd 5700 IE anti-Xa (=0.6 cc fraxiparine) indien gewicht > 100kg)

1. Vroegtijdige mobilisatie
2. Adviseer gewichtsreductie vóór nieuwe zwangerschap.
3. Adviseer borstvoeding. Het kan helpen bij gewichtsreductie, maar het effect daarvan is individueel zeer wisselend. Borstvoeding kan beschermend werken tegen overgewicht van het kind.

Bariatrische chirurgie

1. Cave ijzer, foliumzuur, vitamine B12, en Calcium deficiëntie