

Obesitas

1. Definitie

Obesitas is een abnormale gezondheidstoestand waarbij er een overschot aan vetweefsel is. De meest gebruikte definitie in de zwangerschap is gebaseerd op de Quetelet- index ' Body Mass Index' (BMI) . $BMI = \text{gewicht (kg) : lengte in het kwadraat (m)}$.

De gewichtsclassificatie volgens de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) definieert een BMI > 30kg/m² als obesitas.

Gewichtsclassificatie volgens de WHO

Classificatie	BMI (kg/m ²)	Risico op comorbiditeit
Onder gewicht	BMI <18,5	Verhoogd
Normaal gewicht	BMI 18,5-25	Gemiddeld
Overgewicht	BMI 25-30	Verhoogd
Obesitas I	BMI 30-35	Matig
Obesitas II	BMI 35-40	Ernstig
Morbide obesitas	BMI >40	Zeer ernstig

2. Gezondheidsrisico's obesitas

Overgewicht en obesitas zijn een groot probleem voor de volksgezondheid. Obesitas is een van de snelst groeiende gezondheidsproblemen in de westerse wereld.

De kans op aan obesitas gerelateerde aandoeningen tijdens de fertile levensfase stijgt naarmate het overgewicht toeneemt. Door obesitas neemt het risico op tal van ziektes toe, zoals hart- en vaatziekten, CVA, aandoeningen aan de luchtwegen, hoge bloeddruk, diabetes, galstenen, stress, angst, depressie, hormonale stoornissen, artritis en bepaalde vormen van kanker.

Obesitas is een evidente risicofactor voor obstetrische problematiek. Daarnaast zijn er natuurlijk een aantal praktische problemen rondom deze zwangere. Zoals:

- Betrouwbare schatting van de foetale groei zowel uitwendig als echoscopisch
- Logistieke problemen en problemen bij toepassen van materiaal en apparatuur

Ondanks de bovengenoemde WHO gewichtsclassificatie blijft individuele benadering belangrijk. Beoordeling en interpretatie van het BMI is persoonsgerelateerd. Bijvoorbeeld: een BMI van 35 bij een zwangere met lichaamslengte van 1.75 m oogt anders dan bij een zelfde BMI met een lichaamslengte van 1.50 m.

3. Complicaties door obesitas

• Tijdens de graviditeit

- Verhoogde kans op spontane abortus (13.3 % bij normaal gewicht tot 38.7% bij obesitas)
- Sterk toegenomen kans op diabetes gravidarum (6-12% versus 2-4% bij een normaal gewicht)
- Kans op ontwikkeling van zwangerschapshypertensie en preëclampsie neemt toe met toename van de BMI.
- Foetale macrosomie
- Het risico op intra-uteriene sterfte zonder aanwijsbare redenen stijgt met de toename van het preconceptionele gewicht
- Toegenomen risico op aangeboren afwijkingen waaronder met name neurale buis defecten en hartafwijkingen
- Verhoogde kans op serotiniteit, dus verhoogde kans op inleiding van de baring

- Tijdens de partus

- Trager verloop baringsproces
- Schouderdystocie
- Macrosomie
- Hogere kans op foetale nood
- Toename sectio percentage
- Hoger risico op anesthesiologische en postoperatieve complicaties

- Post partum

- Toegenomen incidentie van postpartum bloedingen
- Kans op endometritis 3x verhoogd
- Risicofactor voor het ontwikkelen van trombo-embolische processen

4. Minimaal vereiste zorg

Preconceptioneel

Vrouwen met een BMI > 35 komen in aanmerking voor preconceptionele advisering en voorlichting.

Eerste trimester graviditeit

- BMI bepaling bij intake
- Bloeddruk meting met een brede band
- Glucose screening in het eerste trimester en tweede trimester conform het VSV protocol Diabetes Gravidarum
- Uitleg over gezonde voeding en uitleg dat gewichttoename van maximaal 6 kg gedurende de zwangerschap nagestreefd wordt om kans op complicaties te verkleinen. Advies is om niet af te vallen in de zwangerschap
- Eventueel doorverwijzing naar diëtiste

Tweede trimester graviditeit

- Bij 24-26 weken een OGTT verrichten conform het VSV protocol Diabetes Gravidarum

Bij een BMI >40:

- Verwijzen naar de tweedelijns voor echoscopische groeiconrole bij 28 – 32 – 36 weken
- Bij 32 weken zal patiënte tijdens het consult in de tweedelijns tevens voor een consult naar de anesthesist worden verwezen.

Bij de BMI bepaling geldt de BMI bij intake van de zwangerschap. Echter indien er sprake is van een extreme toename van de BMI in de zwangerschap tot > 40 dan gelden tevens bovenstaande voorschriften.

Partus

- Vanaf een BMI > 35 bestaat er een indicatie voor een poliklinische partus onder leiding van de eerstelijns verloskundige
- Gestreefd wordt naar een normale, spontane vaginale partus
- Er is een verhoogde kans op schouderdystocie

Post partum

- Tijdige mobilisatie
- Extra attentie op het verhoogde risico op fluxus (actief leiden van het nageboortetijdperk) en endometritis
- Bij nacontrole 6 weken postpartum bespreken gezondheidsrisico's obesitas.

5. Literatuur

- Morbide adipositas: risicofactor voor obstetrische complicaties; S. Poots A. Logmans J.J. Duvekot, E.A.P. Steegers Ned Tijdschr Geneeskd. 2004;148:2253-6
- Diabetes mellitus en zwangerschap. NVOG richtlijn
- NVOG richtlijn zwangerschap en obesitas