

Document ID

000016

Versie

1

Titel

Diabetes Gravidarum, VSV

Trefwoorden

Diabetes Gravidarum

VSV

Glucose

Zwangerschapsdiabetes Mellitus

Type document

Medisch protocol VSV

Definities en afkortingen

Zwangerschapsdiabetes mellitus is elke vorm van hyperglykemie die tijdens de zwangerschap ontdekt wordt, onafhankelijk of deze afwijking na de zwangerschap weer verdwijnt.

Diabetes Gravidarum = DG.

Zwangerschapsdiabetes Mellitus = ZDM.

Lunch Tolerantie Test = LTT.

Orale Glucose Tolerantie Test = oGTT.

Algemeen

Er is veel discussie en verwarring over de definitie, klinische relevantie, diagnostiek, behandeling en prognostische betekenis van ZDM. In deze richtlijn wordt de definitie van de vierde workshop Gestational Diabetes van de American Diabetes Association aangehouden.

Zwangerschapsdiabetes mellitus is elke vorm van hyperglykemie die tijdens de zwangerschap ontdekt wordt, onafhankelijk of deze afwijking na de zwangerschap weer verdwijnt'. Deze definitie komt overeen met die van de WHO. Dit is een variant van de vroegere definitie (derde "Workshop Gestational Diabetes") waarbij er onderscheid gemaakt werd tussen een genuïne zwangerschapsdiabetes (verdwijnt na de bevalling) en een situatie waarbij er waarschijnlijk van te voren al een afwijkende glucoseregulatie was, af te leiden uit het persisteren van de afwijkende glucoseregulatie postpartum.

Bij de opsporing van ZDM moet een onderscheid gemaakt worden tussen *screening* en *diagnostiek*.

Screening op ZDM wil zeggen dat zonder te letten op klachten of symptomen vrouwen die zwanger zijn getest worden op ZDM. In het algemeen wordt eerst een glucose 'challenge' test of een ontbijt- of lunchtest gedaan. Bij een afwijkend resultaat van de 'challenge test' moet een diagnostische test gedaan worden. De diagnostische test is de 75 g of 100 g orale Glucose Tolerantie Test (oGTT).

Diagnostiek wil zeggen dat onderzoek gedaan wordt op indicatie wanneer een symptoom of ontwikkeling tijdens de zwangerschap verdenking op ZDM vestigt. Bijvoorbeeld bij een positieve dyscongruentie. De kern van de discussie over het nut van screening op ZDM heeft te maken met de vraag wat de winst in obstetrische termen is van screening boven adequaat uitgevoerde diagnostiek. Onbehandelde ZDM gaat gepaard met toegenomen foetale morbiditeit, vooral ten gevolge van macrosomie en mogelijk ook met een verhoogde foetale mortaliteit. Deze relaties kunnen vertroebeld worden door de invloed van andere factoren zoals bijvoorbeeld obesitas.

ZDM is een complexe aandoening.

Gevolgen kunnen zijn: macrosomie (en dien ten gevolge baringsproblemen zoals schouderdystocie en clavicularfractuur en Erbse parese en asfyxie) waarbij ook hogere kans op sectio en neonatale hypoglycaemie, hyperbilirubinemie, polycythemie en IRDS.

Er tekent zich een subgroep af die waarschijnlijk een verhoogd risico heeft op een gecompliceerde zwangerschap. Dit zijn vrouwen bij wie aan het eind van het eerste trimester c.q. bij de eerste antenatale controle de glucosewaarde verhoogd is. Zwangerschappen bij deze vrouwen worden gekenmerkt door een hoge incidentie van foetale dood. Specifieke monitoring en behandeling van deze vrouwen is aangewezen.

Beleid

Screening

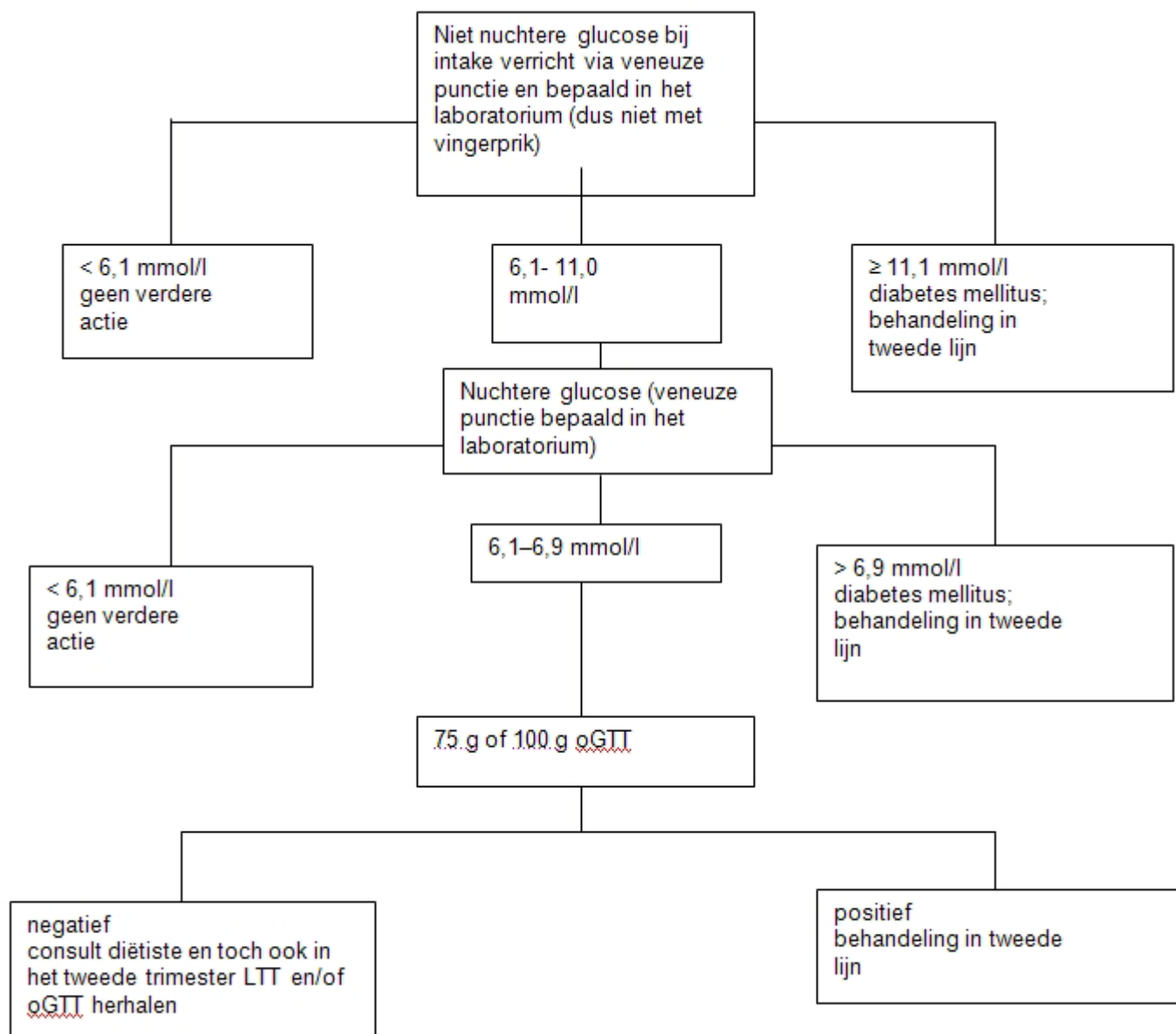
Het is van belang om bij de eerste controle een random glucose te meten om die zwangeren te identificeren die al diabetes hebben voor de zwangerschap. (zie kopje **Diagnostiek en Beleid**). Het nut van screening na de eerste controle is niet keihard bewezen maar er wordt wel geadviseerd om bij vrouwen met een verhoogd risico op DG ook te screenen (bijvoorbeeld door een Lunch Tolerantie test waarbij glucose wordt gemeten om 9 uur en 14 uur waarbij de zwangere rond 12 uur moet lunchen) tussen de 24^e en 28^e week amenorrhoeeduur. Dit zijn vrouwen met:

- familiair voorkomen van diabetes,
- zwangerschapsdiabetes of macrosomie (geboortegewicht > 97,7%) dan wel een onbegrepen vruchtdood in de voorgeschiedenis,
- een progressieve positieve discongruentie (> 4 wk), dan wel een polyhydramnion,
- adipositas (gewicht > ca. 80-90 kg bij (normale) lengte; Body Mass Index > 27 kg/m²). NB de eerdere afspraken over adipeuze zwangeren zijn:
Bij een BMI \geq 35 is er sprake van een plaatsindicatie van de partus waarbij de zwangere van tevoren voor consult op de polikliniek gynaecologie moet komen en zwangeren met BMI \geq 40 horen in de 2^e lijn begeleid te worden.
- een bepaalde etnische achtergrond (o.a. Hindoestaan en mediterraan).

Diagnostiek en behandeling

A) Altijd at random glucose bepaling bij iedereen tijdens **eerste zwangerschapscontrole**.

Figuur 1. Stappenplan glucose bepaling **eerste zwangerschapscontrole**



B) Indien een zwangere gescreend wordt **obv verhoogd risico obv anamnese** (zie kopje **screening**) kan dit dmv een Lunch Tolerantie Test.

LTT: tussen de 24^e en 28^e week amenorrhoeuur bepaling van glucose om 9 uur en om 14 uur (middels veneuze punctie en bepaald in het laboratorium) waarbij de zwangere rond 12 uur moet lunchen.
Normaalwaarden LTT: De glucoses moet onder de 7,2 mmol/l zijn

Indien de LTT afwijkend is moet een oGTT verricht worden.

Normaalwaarden oGTT: nuchter < 7,0 mmol/l en 2 uren waarde < 7,8 mmol/l

Indien er sprake is van een licht afwijkend LTT, en er zijn geen bijkomende factoren zoals positieve dyscongruentie, dan kan er in de 1^e lijn een dieet ingesteld worden en na 2 weken dieet dient de LTT herhaald te worden. Indien deze genormaliseerd is, kan de zwangere in de 1^e lijn gecontroleerd blijven waarbij het advies is om iedere 4 weken een LTT te herhalen en zonodig laagdrempelig een groeiecho te verrichten.

Zodra dieet onvoldoende blijkt te helpen, dient de zwangere doorverwezen te worden naar de 2^e lijn.

Als bij een goed gereguleerde DG met dieet het kind een normaal gewicht heeft, behoeft er niet standaard glucosecontroles bij het kind plaats te vinden.

C) Indien er sprake is van **klinische afwijkingen** zoals positieve dyscongruentie bij macrosomie of polyhydramnion dient de zwangere doorverwezen te worden naar de 2^e lijn alwaar een oGTT verricht zal worden.

Literatuur / gerelateerde documenten

- Richtlijn Diabetes en Zwangerschap van Nederlandse Internisten Vereniging ism NVOG en KNOV (2006) zie ook <http://www.internisten.nl/home/richtlijnen/niv2>
- NVOG richtlijn Diabetes mellitus en zwangerschap (maart 2001) zie ook www.nvog.nl
- Nederlandse Diabetes Federatie richtlijn Diabetes en Zwangerschap (april 2000)

Status

Definitief

Autorisator

Kianmanesh Rad, N.A. (Gynaecoloog)

Auteur

Kianmanesh Rad, N.A. (Gynaecoloog)

Invoer datum

10-09-2009

Datum laatste wijziging

14-09-2009

Controle datum

15-09-2011

Publicatie datum

15-09-2009