

Obesitas groeit, onze begeleiding ook

G. van den Dool, L. van Veen, R. Lambers
& M. Rijnsaardt



Introductie

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2006 overgewicht en obesitas gekozen als speerpunt voor het volksgezondheidsbeleid¹. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heeft in 2008 een richtlijn opgesteld: "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen"². Deze richtlijn definieert obesitas als een chronische ziekte.

Patiënten met obesitas komen zowel in de eerste als tweede lijn in beeld. Maar binnen de daar bestaande structuren blijkt implementatie van de aanbevelingen van deze multidisciplinaire richtlijn in de praktijk zeer lastig, omdat een adequate organisatorische structuur met financiering ontbreekt.

Ook op onze polikliniek Voortplantingsgeneeskunde hadden wij met obesitas en de gevolgen hiervan te maken. Al eind jaren 90 blijkt dat obesitas de vruchtbaarheid van de vrouw vermindert en dat extreme obesitas zelfs tot infertiliteit kan leiden³⁻¹¹. Voor obese, anovulatoire vrouwen zou 10-15% gewichtsreductie de conceptiekansen aanzienlijk verbeteren en de kans op een spontane abortus verminderen^{3,4}. Een protocol om deze patiënten efficiënt te behandelen was echter nergens te vinden.

In 2006 zijn we op onze polikliniek Voortplantingsgeneeskunde een afvalbegeleidingsprogramma gestart. In dit artikel willen we de opzet, het beloop en de resultaten van 5 jaar begeleiding bespreken.

De opzet van het programma

De inclusiecriteria voor deelname zijn: alle vrouwen met een BMI ≥ 32 kg/m² en een onvervulde behandelbare kinderwens. De patiënten met een BMI ≥ 40 kg/m² gaan eerst voor een algehele check-up naar de internist wegens hun sterk verhoogde kans op comorbiditeit zoals hypertensie en diabetes mellitus alvorens in het programma te starten. Alle obese patiënten met een preëxistente aandoening krijgen een preconceptioneel advies.

Het doel: 10-15% gewichtsreductie in een half jaar begeleiding bij zowel ovulatoire als anovulatoire patiënten.

De werkwijze: We beogen bij patiënten een ander leefpatroon te introduceren gekenmerkt door gezondere voeding en meer lichamelijke beweging. We hebben daarbij gekozen voor een personalcoachconstructie. Iedere 2-3 weken is er een consult bij de personal coach in het ziekenhuis. De partner wordt hierbij ook uitgenodigd. Steun van de omgeving is een belangrijke slagingsfactor. Consultatie alleen is vaak niet genoeg. Samenwerking met andere professionals is regelmatig noodzakelijk. We verwijzen naar een sportschool naast het ziekenhuis. Ook is er nauwe samenwerking met klinisch psychologen, internisten en een preconceptiegynaecoloog.

De patiëntenpopulatie: om inzicht te krijgen in de resultaten hebben we de periode voor (2000-2005, groep 1) en na (2006-2010, groep 2) de start van het programma vergeleken. Voor 2006 (groep 1 = 102 patiënten) kregen vrouwen met een BMI ≥ 32 kg/m² naast het dringende advies om gewicht te verminderen, teneinde zo hun zwangerschapskansen te verhogen, een informatiefolder, maar geen verdere begeleiding. Ingaand in 2006 (groep 2 = 132 patiënten) kregen vrouwen met een BMI ≥ 32 kg/m² het afvalbegeleidingsprogramma aangeboden. Alle vrouwen waren door de huisarts naar de gynaecoloog verwezen in verband met onvervulde kinderwens.

Tabel 1 laat de patiënten karakteristieken zien. De twee groepen lijken vergelijkbaar met elkaar. Mogelijk werd in groep 1 meer gerookt. Helaas waren de gegevens van de semenanalyses verricht vóór 2002 in groep 1 niet meer te achterhalen (n=36; 35% van groep 1). In groep 2 is bij 44 partners geen semenanalyse verricht (33% van groep 2), voornamelijk omdat het oriënterend fertiliteitsonderzoek werd uitgesteld totdat de beoogde gewichtsreductie van patiënte was bereikt.

Tabel 1 Patiënten karakteristieken

De resultaten van vijf jaar afvalbegeleiding:

Van 14 vrouwen in groep 1 hebben we na de intake niets meer vernomen; we weten niet waarom zij niet zijn gestart met de behandeling. In groep 2 zijn 48 vrouwen voortijdig (<3 consulten) gestopt met het

Tabel 1 Patiënten karakteristieken *) VCM berekening volgens de WHO referentie waarden uit 2009 12

	Groep 1 (n=102)	Groep 2 (n=132)
BMI, gemiddelde in kg/m ² (range)	37,3 (32-49)	38,0 (31,5-55)
Leeftijd, gemiddelde in jaren (range)	30,8 (23-41)	30,2 (21-41)
Primaire fertiliteitsstoornis	58%	62%
Duur kinderwens, gemiddelde in maanden	34,2	32,3
Roken vrouw bij intake	27,4%	20,5%
VCM <1 miljoen*	11%	17%
VCM 1-22,6 miljoen	44%	21%
VCM > 22,6 miljoen	45%	62%

Tabel 2 Overzicht resultaten

	Groep 1 (n=88)	Groep 2 (n=79)
Aantal patiënten met gewichtsreductie (%)	5 (6%)	78 (99%)
Aantal behandelingen OI / IUI	106	52
Aantal behandelingen IVF / ICSI	138	54
Aantal zwangerschappen (%)	60 (68%)	54 (68%)
Aantal doorgaande zwangerschappen (%)	40 (45%)	42 (53%)

Tabel 3 Aard zwangerschappen per groep

	Groep 1 (n=88)	Groep 2 (n=79)
Totaal aantal zwangerschappen	60	54
Spontaan (doorgaand - %)	8 (8 - 13%)	37 (27 - 50%)
na OI / IUI (doorgaand - %)	15 (12 - 20%)	8 (7 - 13%)
na IVF / ICSI (doorgaand - %)	37 (20 - 33%)	9 (8 - 15%)
Totaal aantal doorgaande zwangerschappen (%)	40 (67%)	42 (78%)

Percentages berekend van aantal zwangerschappen per groep

Tabel 4

	Groep 1 (n=88)	Groep 2 (n=79)
Tijd tot start ART-behandeling, mediaan in maanden (range)	4 (1-36)	7 (0-19)
Tijd tot zwangerschap, mediaan in maanden (range)	9 (1-67)	10 (1-46)

programma: van ieder van hen weten we waarom, meestal om sociale redenen (behandeling van de kinderwens door de omgeving opgelegd) of op grond van psychologische of psychiatrische problematiek. Vijf vrouwen bleken achteraf op het moment van de intake zwanger te zijn.

Tabel 2 Overzicht resultaten

Percentages berekend van gehele groep 1 en 2.

In groep 1 verloren na de eenmalige uitgebreide uitleg 5 van de 88 vrouwen (6%) daadwerkelijk gewicht. Van de vrouwen in groep 2 heeft 99% gewicht verloren (zie tabel 2). Tabel 2 laat zien dat het aantal zwangerschappen in beide groepen gelijk is (68% in beide groepen), maar in groep 2 zijn daarvoor minder Assisted Reproductive Technology (ART)-behandelingen uitgevoerd. In groep 1 werden gemiddeld 2,8 ART-behandelingen per patiënte uitgevoerd, terwijl dit in groep 2 slechts 1,3 behandelingen per patiënte was. Het percentage doorgaande zwangerschappen is in groep 1 45% en in groep 2 53%.

Tabel 3 Aard zwangerschappen per groep

In tabel 3 is de ontstaanswijze van de zwangerschappen weergegeven. In groep 1 was het percentage spontaan ontstane doorgaande zwangerschappen ten opzichte van het totaal aantal zwangerschappen 13% en in groep 2 was dit 50%. In groep 1 bleken slechts 20 van de 37 IVF/ICSI zwangerschappen doorgaand te zijn, terwijl in groep 2 acht van de negen doorgaand waren.

Tabel 4

In groep 1 waren van de patiënten die voor 2002 zijn behandeld geen gegevens meer te achterhalen over het tijdsinterval tussen intake bij de fertiliteitsarts en start behandeling. Van de overige met behandeling gestarte patiënten in groep 1 (n=55) was het mediane tijdsinterval van intake tot start behandeling vier maanden. In groep 2 werden 37 patiënten spontaan zwanger na een interval met een mediane duur van zeven maanden (1-22). Vijf patiënten bleken achteraf tijdens de intake voor het afvalbegeleidingsprogram-

ma reeds zwanger te zijn. Voor de overige patiënten in groep 2 (n=42) bedroeg het mediane tijdsinterval tussen intake en start ART-behandeling zeven maanden.

De mediane tijd van intake tot 1e zwangerschap bedroeg in groep 1 negen maanden. In groep 2 kwam de 1e zwangerschap, zowel spontaan als na behandeling, na tien maanden tot stand.

Discussie

We realiseren ons dat dit onderzoek beperkte wetenschappelijke waarde heeft, aangezien we twee patiënten cohorten die niet in dezelfde tijdsperiode zijn behandeld retrospectief met elkaar vergelijken.

Eén van onze IVF-verpleegkundigen is enthousiast van start gegaan als personal coach. Door de persoonlijke benadering is het voor haar mogelijk een vertrouwensrelatie op te bouwen met de patiënte. Zij volgde een cursus motiverende gesprekstechnieken en een cursus cognitieve therapie. Adipositas is zelden een symptoom van een stofwisselingsstoornis, maar veel vaker van een laag zelfbeeld bij een patiënte die om een of andere reden de regie over haar leven kwijt is geraakt. Haar lage zelfbeeld geeft een groot gebrek aan zelfvertrouwen en leidt vaak tot 'troostconsumptie', waardoor ze in BMI en zelfvertrouwen in een neerwaartse spiraal terecht komt. De personal coach probeert in de eerste gesprekken (1-3 sessies) patiënte in te laten zien dat ze de regie over haar lichaam weer terug kan krijgen. Hierbij richt zij zich op de inventarisatie van dagbesteding, eetgewoonten en omgevingsfactoren. Pas dan kan de patiënte aan een opwaartse spiraal gaan werken: een nieuwe gezonde levensstijl met meer beweging, sport en normaal regelmatig eten. Tijdens elke sessie wordt het gewicht, het vetpercentage en de tailleomvang gemeten. De patiënte krijgt geen dieet opgelegd, maar zij leert om gewoon en regelmatig te eten. Medewerking van de partner is belangrijk voor de motivatie. Door bovenstaande aanpak lukt het inmiddels twee van elke drie patiënten tot afvallen te motiveren in gemiddeld 6,4 sessies. Bij het laatste derde deel van de patiënten blijft succes uit, vaak door onderliggende sociale, psychologische of psychiatrische problemen.

Samenwerking met psychologen is noodzakelijk, omdat veel obese vrouwen lijden aan psychologische of psychiatrische problematiek. Om die reden kan het voor het paar zelfs beter zijn de kinderwens even te laten rusten.

Wij stelden onze patiënten tot doel 10-15% af te vallen. Dit lijkt voor elke patiënte een realistische doelstelling. Meer afvallen leidt tot demotivatie (het bereiken van een BMI ≤ 25 kg/m² zou vaak gelijk staan aan 40-50 kilogram afvallen: op voorhand een vrijwel onmogelijke opdracht) en het lijkt ook niet nodig^{3,4}.

Deelname (> 2 consulten) aan ons afvalbegeleidingsprogramma (groep 2) resulteerde bij 99% van de patiënten in gewichtsreductie. In groep 1 viel slechts 6% van de patiënten af. De begeleiding van onze personal coach sorteert dus een groot effect. Opvallend was dat ruim één op de drie patiënten in groep 2 binnen drie sessies afhaakte. Door de opgebouwde vertrouwensrelatie lijkt dieper liggende problematiek eerder boven te komen. Blijkbaar is er een grote categorie patiënten die binnen het reguliere regime het gevaar loopt niet genoeg tijd en aandacht te krijgen voor een dergelijke bezinning.

We zagen in groep 2 een beduidend hoger percentage spontaan ontstane zwangerschappen dan in groep 1 (69% versus 13%), terwijl het totale percentage zwangerschappen in beide groepen gelijk was. Wij nemen aan dat dit mede het gevolg is van de gewichtsreductie. Ook de inherente 'wachtijd' tot het starten van een vruchtbaarheidsbehandeling in groep 2 zou kunnen bijdragen aan dit verschil. In groep 2 was de tijd van intake tot start behandeling 3 maanden langer dan in groep 1. Voor groep 1 bestond geen wachtlijst voor de start van een behandeling, toch bedroeg de mediane tijd van intake tot start behandeling in deze groep vier maanden. Uit onderzoek van Eijkemans e.a. bleek 9,1% van de paren op de wachtlijst voor een IVF-behandeling binnen een jaar zonder behandeling zwanger te zijn geworden¹³. De mediane tijdsduur van intake tot 1e zwangerschap was 9 maanden in groep 1 en 10 maanden in groep 2. Het aantal doorgaande zwangerschappen lijkt in groep 2 hoger dan in groep 1 (78% versus 67%). De gewichtsreductie zou een verklaring kunnen zijn voor het lagere aantal miskramen. We zagen een opvallend hoog percentage miskramen in de IVF/ICSI behandelingen in groep 1 (46%). Dit zou deels verklaard kunnen worden door de obesitas. Lintsen e.a. zagen bij patiënten met een BMI ≥ 27 kg/m² na IVF/ICSI behandeling een significant lager percentage levendgeborenen¹⁴.

Het aantal Assisted Reproductive Technology (ART)-behandelingen in groep 2 is beduidend lager. Of de subjectief door de patiënten tijdens het afvalbegeleidingsprogramma ervaren belasting ook lager is dan bij een ART-behandeling moet verder onderzoek uitwijzen, want enkele patiënten gaven aan het afvalbegeleidingsprogramma als erg intensief te ervaren.

Tot slot

Een studie naar de kosteneffectiviteit van ons programma zou interessant zijn. Immers onze resultaten suggereren dat bij patiënten met een BMI ≥ 32 een halvering van het aantal ART behandelingen bij een gelijkblijvende kans op zwangerschap misschien wel mogelijk is. Ook secundaire voordelen van gewichtsreductie, zoals minder complicaties tijdens zwanger-

schap en kleinere gezondheidsrisico's op de lange termijn, dienen daarbij onderzocht te worden. Het is jammer dat de huidige financieringsstructuur van de gezondheidszorg het initiëren van een programma als het onze belemmert. Hopelijk geeft de Lifestylestudie wetenschappelijke onderbouwing van het nut van gewichtsreductie bij obese patiënten met kinderwens¹⁵.

Literatuur

1. www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2006/10/06/bijlage-bij-preventie-nota-kiezen-voor-gezond-leven.html
2. www.cbo.nl/downloads/307/rl_obesitas_08.pdf
3. Clark, A.M. et al., *Weight loss results in significant improvement in pregnancy and ovulation rates in anovulatory obese women*. Hum Reprod. 1995 Oct;10(10):2705-12.
4. Clark, A.M. et al., *Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment*. Hum Reprod. 1998 Jun;13(6):1502-5.
5. Rich-Edwards, J.W. et al., *Adolescent body mass index and infertility caused by ovulatory disorder*. Am J Obstet Gynecol. 1994 Jul;171(1):171-7.
6. Galletly et al., *Improved pregnancy rates for obese, infertile women following a group treatment program. An open pilot study*. Gen Hosp Psychiatry. 1996 May;18(3):192-5.
7. Jensen, T.K., et al. *Fecundability in relation to body mass and menstrual cycle patterns*. Epidemiology. 1999 Jul;10(4):422-8.
8. Hollmann, M. et al., *Effects of weight loss on the hormonal profile in obese, infertile women*. Hum Reprod. 1996 Sep;11(9):1884-91.
9. Huber-Buchholz, M.M. et al., *Restoration of reproductive potential by lifestyle modification in obese polycystic ovary syndrome: role of insulin sensitivity and luteinizing hormone*. J Clin Endocrinol Metab. 1999 Apr;84(4):1470-4.
10. Laven, J.S. et al., *New approach to polycystic ovary syndrome and other forms of anovulatory infertility*. Obstet Gynecol Surv. 2002 Nov;57(11):755-67.
11. Kuchenbecker, W.K. et al., *Subfertility in overweight women*. Ned Tijdschr Geneesk. 2006 Nov 11;150(45):2479-83. Review.
12. Trevor, G.C. et al., *World Health Organization reference values for human semen characteristics*. Hum Reprod Update. 2009 Dec; Vol.00, No.0:1-15
13. Eijkemans, M.J. et al., *Pregnancy chances on an IVF/ICSI waiting list: a national prospective cohort study*. Hum Reprod. 2008 Jul;23(7):1627-1632.
14. Lintsen, A.M. et al., *Effects of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF*. Hum Reprod. 2005 Jul;20(7):1867-75.
15. Mutsaerts, M.A. et al., *The LIFESTYLE study: costs and effects of a structured lifestyle program in overweight and obese subfertile women to reduce the need for fertility treatment and improve reproductive outcome. A randomised controlled trial*. BMC Womens Health. 2010 Jun 25;10:22.

Samenvatting

Obesitas (BMI \geq 30) en extreme obesitas (BMI \geq 40) zijn chronische ziekten die in toenemende mate problemen opleveren in vrijwel alle medische specialismen. Obesitas vermindert ook de vruchtbaarheid van aanvankelijk fertiele vrouwen. Het zonder begeleiding realiseren van gewichtsreductie, de logische oplossing voor dit probleem, blijkt in de praktijk voor veel patiënten een te moeilijke opgave. In dit artikel beschrijven we de opzet en het verloop van onze begeleiding bij deze patiëntenpopulatie. Bovendien vermelden we de resultaten van het programma over de eerste vijf jaar.

Summary

Obesity and severe obesity reduce fertility. Achieving weight reduction without expert help, is very difficult. This is particularly true in times of stress, e.g. while worrying about fertility. Therefore it

seems logical to offer help to obese patients trying to change their lifestyle. For this purpose we started a special clinic in our hospital in 2006. We are reporting the development of this program and the five year results.

Auteurs

Grada van den Dool, fertilitateitsarts
Lydia van Veen, verpleegkundige
Rien Lambers, gynaecoloog
Marieke Rijnsaardt, gynaecoloog
Afdeling Voortplantingsgeneeskunde,
Albert Schweitzerziekenhuis, lokatie Zwijndrecht

Contact

e M.Rijnsaardt@asz.nl
Postbus 444, 3300 AK Dordrecht

Belangenverstrengeling

Geen melding van belangenverstrengeling.