

ZWANGERSCHAP EN DIABETES: EEN NIEUWE RICHTLIJN

KNOV

Onlangs is de richtlijn 'Zwangerschap bij diabetes' van de Nederlandse Internisten Vereniging herzien door een werkgroep van het CBO. De KNOV was in de werkgroep vertegenwoordigd. Hierin is geprobeerd alle beroepsgroepen op één lijn te krijgen, wat betreft screening, diagnostiek en behandeling. Hier vindt u een overzicht van de aanbevelingen die de eerstelijns verloskunde aangaan.

Pien Offerhaus

De richtlijn handelt over zwangerschap bij diabetes mellitus, maar ook over zwangerschapsdiabetes. De richtlijn geeft onder andere aanbevelingen die relevant zijn voor het handelen in de eerste lijn. In dit artikel is zoveel mogelijk de tekst van de originele richtlijn gevolgd. De aanbevelingen zijn onderverdeeld naar screening en diagnostiek van ZDM, behandeling

van ZDM, beleid bij hypoglykemie van de pasgeborene na ZDM en de follow-up na de zwangerschap. Voor een volledig overzicht van de aanbevelingen (inclusief preconceptionele voorlichting, en behandeling bij diabetes mellitus of ZDM) verwijzen we naar de NIV richtlijn en de samenvatting. Een link naar deze documenten wordt op de KNOV ledensite geplaatst onder *praktiserenden/werken met overige richtlijnen*.



Aanbevelingen betreffende screening en diagnostiek

- Er is onvoldoende bewijs dat behandeling van door screening gevonden patiënten met ZDM leidt tot een statistisch significante vermindering van de foetale en neonatale morbiditeit en mortaliteit.

Definities

Zwangerschapsdiabetes mellitus

De vierde workshop Gestational Diabetes van de American Diabetes Association formuleerde een definitie van zwangerschapsgelateerde diabetes. Deze luidt: 'Zwangerschapsdiabetes mellitus (ZDM) 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 en wordt ook gebruikt door de werkgroep die de CBO/NIV richtlijn herzag.

Screening op ZDM

Is het testen op ZDM van vrouwen die zwanger zijn, zonder te letten op klachten of symptomen. Bij een afwijkend resultaat wordt een diagnostische test gedaan.

Diagnostiek

Is onderzoek dat ZDM bevestigt of uitsluit. Internationaal wordt de 75g of 100g glucozetolerantietest (GTT) als diagnostische test beschouwd. Dit is geïndiceerd bij een ontwikkeling tijdens de zwangerschap die ZDM suggereert of bij een afwijkend screeningsresultaat.

*Pien Offerhaus is
hoofd richtlijnontwikkeling KNOV*

- Meting van de plasmaglucosewaarde bij de eerste antenatale controle kan overwogen worden (voor een toelichting op dit beleid zie het artikel van De Jonge ea op blz. 15 en volgende van in dit tijdschrift).
- Screening in het tweede trimester wordt niet aanbevolen.
- Meting van de plasma glucosewaarde voor diagnostische doeleinden moet geschieden in een laboratorium of met een 'point-of-care' glucosemeter, die door het laboratorium beheerd wordt en niet met hand-bloedsuikermeters.
- Bij vermoeden van ZDM tijdens de zwangerschap (met name bij versnelde foetale groei) wordt diagnostiek verricht door middel van een OGTT. Symptomen en klachten die kunnen wijzen op hyperglykemie zijn: positieve dyscongruentie en polyhydramnion, eventueel in combinatie met polyurie en polydypsie. Risicofactoren zullen meewegen in de afweging om tot diagnostiek over te gaan. Men zal met name alert moeten zijn bij
 - vrouwen uit ethnische groepen

- waarin diabetes en diabetes gravidarum veel voorkomen. Met name Hindoestanen en Zuid-Aziaten, Afro-Surinamers, -Arubanen en -Antillianen, Turken en Marokkanen
- 'oudere' zwangeren
- vrouwen met overgewicht
- diabetes in de familie
- een glucosewaarde tussen de 6.1-6.9 mmol/l bij meting in het eerste trimester
- Als diagnostische test wordt een 75 g of 100 g GTT verricht (voor de afkappunten, zie tabel 1). Er zijn geen harde argumenten voor het gebruik van een bepaald type GTT. Voor de keuze van het type GTT en de afkappunten kan daarom worden aangesloten bij het beleid in het plaatselijk of regionaal laboratorium.

Aanbevelingen over de behandeling

- Vrouwen met ZDM worden behandeld in de tweede lijn.
- Bij de diagnose ZDM moet direct met dieetbehandeling begonnen worden met behulp van een diëtiste.
- Na twee en maximaal vier weken

moet glucoseverlagende medicatie gestart worden wanneer de streefwaarden niet gehaald worden.

- Ontbreken van een versterkte foetale groei (foetale abdominale circumferentie aan het einde van het tweede trimester en in het derde trimester <75e percentiel) kan bij een milde hyperglykemie aanleiding zijn voorlopig af te zien van behandeling met insuline.

Aanbevelingen betreffende neonatale hypoglykemie bij ZDM

- Het advies is om neonaten van moeders met zwangerschapsdiabetes, die met insuline zijn behandeld, te screenen op hypoglykemie. Dit gezien de gevolgen van hypoglykemie in combinatie met de verwachte lage keton lichaamproductie
- Voor patiënten met zwangerschapsdiabetes geregeld met een dieet is de kans op langetermijnschade bij het kind door hypoglykemie minder evident. Voor deze groep kan het geboortegewicht >P 90 als aanvullende risicofactor genomen worden

Tabel 1: Glucose toleerantietests (GTT's) afkappunten

3-uur 100 g GTT veneus plasma				
	NDDG/ ACOG/ O'Sullivan & Mahan (mmol/l) (mg/dl)		ADA/ Carpenter & Coustan (mmol/l) (mg/dl)	
nuchter	≥ 5,8	≥ 105	≥ 5,3	≥ 95
1 uur	≥ 10,5	≥ 190	≥ 10,0	≥ 180
2 uur	≥ 9,1	≥ 165	≥ 8,6	≥ 155
3 uur	≥ 8,0	≥ 145	≥ 7,8	≥ 140
De diagnose (zwangerschaps)diabetes wordt gesteld bij tenminste 2 afwijkende waarden				
2-uur 75 g GTT (WHO)				
	veneus plasma		capillair volbloed	
	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl
nuchter	≥ 7,0	≥ 126	≥ 6,1	≥ 110
2 uur	≥ 7,8	≥ 140	≥ 7,8	≥ 140
De diagnose (zwangerschaps)diabetes wordt gesteld bij tenminste 1 afwijkende waarde				

alvorens tot screenen over te gaan. In de volledige richtlijntekst staat de volgende toelichting op deze aanbevelingen. Bepalingen van neonatale bloedsuikers hebben een spoedeisend karakter omdat met interventies zonodig direct gestart moet kunnen worden. In het algemeen is dus opname van de risicogroepen op een kinder/kraamafdeling van een ziekenhuis noodzakelijk. Voor de met insuline behandelde diabetespatiënten geldt dat zij in ieder geval in een ziekenhuis dienen te bevallen waar neonatale glucosecontroles gemakkelijk te realiseren zijn. In de thuissituatie is bloedsuikermeting bij neonaten niet aangewezen. Neonatale bloedsuikermetingen zijn door de hoge hematocrietwaarden alleen betrouwbaar uit te voeren door een laboratoriumassay of door een glucosemeter die voldoet aan de eisen van de Stichting Kwaliteitscontrole Medische Laboratoria. Glucosemetingen in de eerste lijn worden daarom niet aanbevolen. In de eerste lijn dient men alert te zijn op het vroegtijdig starten met voeding. Bij verdenking op symptomen van hypoglykemie is het advies om in te sturen naar de tweede lijn voor diagnostiek en behandeling.

Aanbevelingen voor follow-up

Aangezien de incidentie van type II diabetes fors verhoogd is in de jaren na een zwangerschap gecompliceerd door ZDM, moet de glucosehouding geëvalueerd worden vóór een volgende zwangerschap. In overweging wordt gegeven bij vrouwen na een doorgemaakte ZDM, met name gedurende de eerste tien jaar, eenmaal per 1-2 jaar

een nuchtere glucose te bepalen en andere componenten van het metabool syndroom (hypertensie, adipositas, dyslipidemie) te meten.

Toelichting van de KNOV bij de richtlijn

Uit de richtlijn blijkt dat de beschikbare evidence geen uitsluitel geeft over belangrijke kwesties voor het beleid, zoals bijvoorbeeld het nut van routinematige screening op zwangerschapsdiabetes. Toch geven de aanbevelingen wel meer duidelijkheid voor het te voeren beleid. Er wordt een mogelijkheid uitgewerkt voor screening bij de intake op diabetes mellitus type II die al voor de conceptie aanwezig was. Maar ook niet screenen blijft een verantwoorde optie. Tevens geeft de richtlijn een duidelijk advies over de diagnose en behandeling van ZDM. De aanbevelingen voor screening en diagnostiek zijn nieuw vergeleken met het beleid wat in de Verloskundige Indicatielijst (VIL 2003) staat beschreven.

Wat betreft screening en diagnostiek zijn er dus nog steeds meerdere beleidsopties. Verloskundigen zullen daarom zelf hun beleid moeten vaststellen. De in de richtlijn geschetste opties zijn daarin leidend. Bij voorkeur gebeurt dat in goed overleg op regionaal niveau, bijvoorbeeld in de VSV's.

De aanbevelingen met betrekking tot behandeling en het beleid postpartum en neonataal sluiten wel in grote lijnen aan bij de VIL 2003. Na een diagnose 'zwangerschapsdiabetes' op basis van een GTT dient verwijzing naar de tweede

lijn plaats te vinden. Als screening op neonatale hypoglykemie is geïndiceerd, is een ziekenhuisbevalling noodzakelijk. De richtlijn spreekt zich niet uit over het beleid bij een zwangerschapsdiabetes, die goed gereguleerd is met alleen een dieet, zonder bijkomende risico's als macrosomie. Volgens de VIL 2003 is eerstelijns begeleiding in die situatie mogelijk. Ook hier is het advies van de KNOV om goede afspraken te maken, liefst binnen het VSV.

Het onderzoek naar onderdelen uit deze richtlijn gaat ondertussen door. In Nederland start in 2007 een groot onderzoek naar het optimale beleid bij pasgeborenen met een milde hypoglykemie (zie elders in dit tijdschrift). Verder worden binnenkort de resultaten verwacht van twee zeer relevante buitenlandse onderzoeken: de HAPO studie naar de gevolgen van hyperglykemie in de zwangerschap^[1] en een trial waarin de noodzaak van behandeling bij milde zwangerschapsdiabetes wordt onderzocht^[2]. Als deze studieresultaten bekend zijn, zal er waarschijnlijk opnieuw meer duidelijkheid komen over dit lastige onderwerp. □

Referenties

- [1] HAPO Study Cooperative Research Group. The Hyperglycaemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;78:69-77.
- [2] Landon MB, Thom E, Spong CY et al. A planned randomized clinical trial of treatment for mild gestational diabetes mellitus. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;11:226-31.